

YASSER JAMIL FAYAD

**PERCEPÇÕES DE DOCENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

YASSER JAMIL FAYAD

**PERCEPÇÕES DE DOCENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2007

Fayad, Yasser Jamil.

Percepção de Docentes de Saúde Pública Sobre a Reforma Sanitária Brasileira /
Fayad, Yasser Jamil. – Florianópolis, 2007.
118 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade
Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1 – Reforma Sanitária 2 – SUS 3 – Pesquisa Qualitativa em Saúde

DEDICATÓRIA

**“Enquanto não disseres
As palavras: Abjuro e Renego!
Serás neste mundo
Um hóspede indesejável.”
Goethe**

**Aos Homens e às Mulheres,
de todos os cantos do mundo,
de ontem, de hoje e de amanhã
que fizeram, que fazem e que farão de suas vidas sinônimos
de valores generosos, de amor aos oprimidos, de militância, de luta contra à opressão e ao
opressor, de utopia e de revolução. São esses indesejados pela ordem que mesmo separados
pela geografia e pelo tempo afirmam e reafirmam a dignidade da existência humana e nos
dão a certeza de que o futuro pode ser melhor.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Jamil Abdalla Fayad e Rosa Helena dos Santos, pelo amor que depositaram em mim, por me apoiarem nas minhas decisões e respeitarem meu espírito rebelde. Espírito esse que acredito me acompanha desde meu nascimento, minha mãe ainda se lembra daquela “criança que chorou o primeiro ano inteiro”, quero crer que essa foi a minha primeira forma de protesto e indignação. Agradeço aos meus irmãos Jean e Samira pelo respeito e carinho.

Agradeço a minha namorada Simone da Cunha Heineck que suportou e suporta meu mau humor constante, frente ao rumo à direita que parcela majoritária da esquerda brasileira vem tomando nos últimos anos e frente a toda presença do pensamento hegemônico neoliberal e outros tantos pensamentos conservadores do *status quo*. Agradeço pelo seu companheirismo, amante e amigo, para comigo.

Agradeço às esquerdas radicais (em especial às correntes marxistas) que me ensinaram a ter uma visão de mundo radicalmente negadora de toda a perversidade das relações de exploração e de dominação do homem sobre o homem e radicalmente assertiva de uma vida livre, emancipada e regida por valores generosos.

Agradeço à Liga de Saúde Pública por ser para mim um espaço (uma ilha) de criatividade, de comprometimento com o povo brasileiro, de produção e reprodução de conhecimento para mudar a realidade de saúde desse país. Uma ilha como tal, cercada nesse caso não de água por todos os lados, mas de mediocridade, de conservadorismo, de dependência intelectual, de pequenez, que reina no CCS e no Curso de Medicina da UFSC. Agradeço a todos os integrantes da Liga por permitirem que pudesse expressar minha visão de mundo contra-hegemônica e tecer minhas primeiras teses em saúde.

Agradeço a todos os meus amigos na pessoa de Felipe Jakymiu (grande amigo e colega).

Agradeço à escola pública pela formação que me deu.

Agradeço ao professor Walter Ferreira de Oliveira por ter aceitado ser orientador deste trabalho.

Agradeço aos docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC que cederam seu tempo e se disponibilizaram a colaborar com essa pesquisa.

Por fim, aos pensadores e mestres marxistas que me ensinaram através dos livros e, que certamente, esperariam de um de seus discípulos uma obra mais lúcida do que minhas forças permitiram mesmo assim, creio ser eu um de seus herdeiros.

RESUMO

Introdução: A Reforma Sanitária Brasileira é o principal movimento de mudança do setor saúde nacional. Depois de vinte anos de seu principal marco – VIIIª Conferência Nacional de Saúde – é possível analisar melhor essa trajetória até os dias de hoje.

Objetivo: Compreender e avaliar os significados, as leituras e análises do movimento sanitário feito por um grupo de docentes de Saúde Pública.

Método: Estudo envolvendo oito docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC que ministraram aula no curso de Medicina em 2006. Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada por uma entrevista semi-estruturada e análise de conteúdo, ambos inseridos numa metodologia dialética processual e num quadro teórico próprio do autor.

Resultados: Organizados em sete subseções que correspondem às respostas dos entrevistados a respectiva pergunta da entrevista semi-estruturada, sendo cada subseção composta por categorias e subcategorias. As percepções dadas pelos entrevistados são elementos importantes para a construção de uma crítica e, em certa medida, uma alternativa utópica para fortalecer a Reforma Sanitária Brasileira. A concepção de saúde, de progresso, de modelos tecnológicos são pormenorizados e expostos como deficiências do movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Considerações finais: As visões de mundo dos entrevistados giram entre ideológicas e utópicas com diferentes conteúdos.

Palavras-chave: *Reforma Sanitária; SUS; Pesquisa Qualitativa em Saúde.*

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Sanitary Reformation is the main movement of change of the sector national health. After twenty years of its main landmark - VIII^a National Conference of Health - it is possible to analyze better this trajectory until the present.

Objective: To understand and to evaluate the meanings, the readings and analyses of the sanitary movement made by a group of professors of Public Health.

Method: Study involving eight professors of the Department of Public Health of the UFSC that had given lesson in the course of Medicine in 2006. One is about a qualitative research guided by a half-structuralized interview and analysis of content both inserted in a methodology procedural dialectic and in a proper theoretical picture of the author.

Results: Organized in seven subs-sections which correspond the answers of interviewed the respective question of the half-structuralized interview, being each composed sub-section for categories and subcategories. The perceptions given for the interviewed ones are important elements for the construction of a critical e, in certain measure, a utopian alternative to fortify the Brazilian Sanitary Reformation. The conception of health, progress, model technological, were detailed and they were refer as deficiencies of Brazilian Sanitary Reformation movement.

Last Considerations: The world visions of the interviewed ones turn between ideological and utopian with different contents.

Key-words: *The Sanitary Reformation; SUS; Qualitative research in health.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
CAPS	CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL
CCS	CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CEBES	CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
CEPON	CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CUT	CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
FURP	FUNDAÇÃO DO REMÉDIO POPULAR
HEMOSC	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA
IAP	INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES
PAISM	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PAS	PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
PCB	PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO
PC do B	PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL
PEC	PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL
PFL	PARTIDO DA FRENTE LIBERAL
PMDB	PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO
PPS	PARTIDO POPULAR SOCIALISTA
PROMED	PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES DAS ESCOLAS MÉDICAS
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
PSDB	PARTIDO DA SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
OSCIP	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OSS	ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE
REME	MOVIMENTO DE RENOVAÇÃO MÉDICA

SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCC	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
UNIMED	UNIÃO DOS MÉDICOS
URSS	UNIÃO DAS REPÚBLICAS SOCIALISTAS SOVIÉTICAS
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
SUMÁRIO.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo geral.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
4. METODOLOGIA.....	9
4.1 Quadro teórico e a metodologia processual dialética.....	9
4.1.1 Elementos de um quadro teórico.....	9
4.1.2 A metodologia processual dialética.....	12
4.2 Sujeitos do estudo.....	15
4.3 Coleta de dados.....	16
4.4 Análise dos dados.....	18
4.5 Procedimentos éticos.....	19
4.6 Limites da pesquisa.....	20
5. RESULTADOS.....	24
5.1 Primeira questão.....	24
5.1.1 Significado para o momento político brasileiro na década de 80.....	25
5.1.2 Significado para o próprio setor saúde.....	26

5.1.3	Significando processo inacabado.....	28
5.1.4	Identificação de atores políticos envolvidos no movimento sanitário.....	30
5.1.5	O movimento sanitário vinte anos depois sofre dificuldades.....	34
5.1.6	Significado como movimento de esquerda.....	35
5.1.7	Ligação com a Reforma Sanitária Italiana.....	35
5.1.8	Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	36
5.2	Segunda questão.....	36
5.2.1	Fraturas que englobam o país e o mundo.....	37
5.2.2	Fraturas que englobam o setor saúde.....	39
5.2.3	Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	43
5.3	Terceira questão.....	44
5.3.1	Debates não contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80.....	45
5.3.2	Debates contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80.....	46
5.3.2.1	Não consideram presentes.....	46
5.3.2.2	Não se satisfizeram com os debates que aconteceram.....	46
5.3.3	Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	49
5.4	Quarta questão.....	51
5.4.1	Obstáculos de caráter estrutural do Brasil.....	52
5.4.2	Obstáculos de caráter estrutural do setor saúde.	55
5.4.3	Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	57
5.5	Quinta questão.....	57
5.5.1	Apresentação histórica.....	58
5.5.2	Apresentação dos atores políticos.....	59
5.5.3	Apresentação ligada ao SUS.....	59
5.5.4	Apresentação como ataque ao setor privado.....	60
5.5.5	Apresentação como herdeiro de movimentos passados.....	61
5.5.6	Apresentação criadora de criticidade.....	61
5.5.7	Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	62
5.6	Sexta questão.....	63
5.6.1	Papel da intelectualidade em saúde vinte anos atrás.....	63
5.6.2	Papel da intelectualidade na saúde hoje.....	64

5.6.2.1 Perda do papel positivo.....	64
5.6.2.2 Mantém o papel positivo.....	69
5.6.3 Papel da intelectualidade em saúde.....	69
5.6.4 Espaço para temáticas/ elementos particulares ou singulares.....	70
5.7 Sétima questão.....	71
6 DISCUSSÃO.....	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
NORMAS ADOTADAS.....	115
ANEXOS.....	116
Anexo I.....	117
Anexo II.....	118

PERCEPÇÕES DE DOCENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA¹

Yasser Jamil Fayad²

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira³

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa responder à exigência do Curso de Medicina da UFSC de apresentar uma monografia de conclusão de curso sobre tema de interesse do formando. Nesse sentido a afirmação do economista brasileiro Celso Furtado¹ se fez relevante na escolha do pesquisador:

“O valor do trabalho do pesquisador traduz, portanto, a combinação de dois ingredientes: imaginação e coragem para arriscar na busca do incerto. Isso me leva a fazer a seguinte afirmação: a ciência é construída por aqueles que são capazes de ultrapassar certos limites que hoje são definidos pelo mundo universitário. Daí a tendência ao predomínio dos “produtos enlatados” que estão na base do prestígio do saber acadêmico. Por motivos que não cabe abordar agora, muitas pessoas de talento se frustram no mundo universitário. Cedo percebi que, se me atrevesse a usar a imaginação, conflitaria com o *establishment* do saber econômico da época. A alternativa seria reproduzir o saber convencional, que era particularmente pobre em razão de nossa dependência em matéria de saber científico. Que tenhamos nos revoltado e começado a usar a imaginação para pensar por conta própria é algo que não é fácil de explicar. Mas a verdade é que isso ocorreu no âmbito da América Latina: passamos a identificar nossos problemas e a elaborar um tratamento teórico dos mesmos. Havia uma realidade histórica latino-americana, e mais particularmente brasileira, a captar”(Furtado: 1998, 10).

A história recente contém uma das principais páginas do setor saúde. Trata-se do movimento político e social conhecido como a Reforma Sanitária – que se constituiu, em certa medi-

¹ Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, para fins de graduação no Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

² Estudante da décima primeira fase do Curso de Medicina da UFSC.

³ Professor do Departamento de Saúde Pública, UFSC.

da, numa síntese captadora das necessidades do povo, de revolta contra o *establishment* do setor saúde (e mesmo do poder ditatorial militar) e que recorreu à imaginação para elaborar uma alternativa nacional em saúde. Segundo Arouca², a Reforma Sanitária Brasileira constitui uma proposta ampla de mudança social conjuntamente com um processo de transformação da situação sanitária. Representa, segundo o mesmo autor a indignação contra as péssimas condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso, e por outro a possibilidade de uma viabilidade técnica e política para enfrentar o problema.

As raízes desse movimento estavam claramente ligadas à insatisfação frente à saúde pública brasileira proposta pelo regime ditatorial que se instalou no Brasil após o golpe militar de 1964. O que justifica a afirmação de Gallo³ e Nascimento³ de que o sistema nacional de saúde instituído no regime militar seguiu o modelo autoritário-burocrático implantado em todo o país, verticalizado (“de cima para baixo”), sem a participação dos profissionais de saúde, da sociedade em geral, e com um claro caráter privatizante. Os mesmos autores argumentam que o setor público da saúde atendia com a lógica do setor privado, que as soluções propostas para solver os problemas dessa área eram à revelia da sociedade, terminando em completo fracasso.

O movimento de intelectuais, estudantes, profissionais do setor saúde, setores organizados do povo brasileiro no sentido de acumularem críticas, incluso ao sistema de assistência médico-hospitalar, e de projetar uma alternativa viável para o País, caracterizou em parte o que chamamos de Reforma Sanitária Brasileira. Se, por um lado, dentro do setor saúde se acumulava à necessidade de repensar o papel da saúde pública brasileira, fora dele também a crítica e a percepção da necessidade de mudança se acumulava, em especial, em sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, centrais sindicais, partidos de esquerda (incluso nos que permaneciam ilegais), etc.

Segundo o relatório da VIIIª Conferência Nacional de Saúde⁴, que se realizou em Brasília entre os dias 17 e 21 de março de 1986, com mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 delegados, as plenárias contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuavam no setor a época, como daqueles representativos da sociedade civil, de grupos profissionais e dos partidos políticos. O presidente nomeado foi o professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, significativo nome do sanitarismo brasileiro⁴. A VIIIª Conferência Nacional de Saúde, como lembra Paim², foi um marco poderoso da Reforma Sanitária Brasileira, destacando-se as seguintes posições: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do

Estado, Sistema Único de Saúde (SUS), participação popular, constituição e ampliação do orçamento social.

Segundo Paim², a Reforma Sanitária Brasileira não pode ser compreendida simplesmente como uma reforma do setor saúde, mas sim como um processo social e político, no qual os diferentes grupos da sociedade se manifestam favoráveis, contrários, ou se omitiram, com essa compreensão torna-se possível entender seus avanços, estagnações ou retrocessos em distintas conjunturas.

A Reforma Sanitária Brasileira e seu principal marco, a VIIIª Conferência Nacional de Saúde são fundamentais para a correta compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS). Passado vinte anos desse marco é possível se valer de um olhar retrospectivo sobre esse movimento, avaliar seus rumos, ao mesmo tempo, não perdendo de vista as próprias peculiaridades da conjuntura política da época, as mudanças da mesma e sua implicação nas tendências que o movimento sanitário assumiu. A importância dessa avaliação feita por docentes de saúde pública reacende a discussão sobre o papel político desses intelectuais/ técnicos para toda a sociedade, como em especial, para os rumos da saúde pública brasileira. Num movimento político onde a participação de docentes dos então departamentos de medicina preventiva e social na formulação das propostas do movimento sanitário brasileiro foi de uma importância reconhecida – a questão que surge é compreender, do ponto de vista dos docentes entrevistados o papel que o sanitarismo jogou para que possamos deslumbrar uma renovação das propostas para construção do Sistema Único de Saúde mais eficaz e coerente com as necessidades reais da população brasileira.

Deste modo, compreender as percepções de docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC sobre a Reforma Sanitária Brasileira vinte anos após seu principal marco, a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, constitui-se no objeto desse trabalho. A intenção é trazer à tona uma discussão sobre os significados, analisar, do ponto de vista dos docentes, os avanços e retrocessos da Reforma, expondo o pensamento daqueles que transmitem informações e, principalmente, se propõem a serem formadores educacionais dos acadêmicos de medicina e de outros cursos da área de saúde da UFSC.

Demo⁵ nos instiga a refletir que:

“A universidade é uma instância socializadora: educa para a sociedade em que vive, forma homens adaptados às expectativas da estrutura dominante, evita conhecimentos indesejáveis.

O bom aluno é aquele que aprende o que o professor ensina, que respeita a hierarquia, que se filia às correntes dominantes. Se recolocarmos aqui o problema da crítica como fenômeno fundamental da ciência, podemos entender por que sua prática é tão difícil. Uma visão coerente exigiria da universidade que fosse o lugar da crítica, onde a adesão ao professor precisa ser vista como fenômeno não desejável, onde a falta de contestação significa a vigência de um ensino opressor, onde a invenção de novo conhecimento é mais favorecida pela busca de alternativa, do que pela constante sacralização do passado e dos valores vigentes” (Demo: 1982, 65).

Certamente uma formação crítica nos permitirá realizar a tarefa que cabe a todos aqueles que não se filiam às correntes dominantes, que é nada menos do que a construção da dignidade e da justiça social nesse país. No setor saúde essa construção passa necessariamente por enfrentar, com criticidade, os problemas da saúde pública brasileira. O estudo sobre a Reforma Sanitária Brasileira não é, portanto, apenas uma questão do passado, é também uma questão de presente e, em certa medida, do futuro da saúde pública.

A metodologia utilizada nesse estudo valer-se-á da abordagem qualitativa, através do uso de entrevista semi-estruturada, orientada pelos princípios de análise dialética.

Tendo em vista a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o nosso passado recente em saúde pública para que o presente seja mais bem entendido e, principalmente, para que o futuro se faça com a participação de profissionais mais críticos e capazes de ousarem serem criativos, fazem-se necessários trabalhos que estudem esse tema.

2. JUSTIFICATIVA

Um estudo sobre as percepções de docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC sobre a Reforma Sanitária Brasileira, vinte anos após seu principal marco: a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, é bem-vindo, na medida em que, em termos de tempo histórico, permite, já, um olhar retrospectivo sobre o principal movimento contemporâneo da saúde pública brasileira. A Reforma Sanitária Brasileira e a VIIIª Conferência Nacional de Saúde são movimento e marco respectivamente, significativos impulsores do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É impossível compreender a totalidade da significância de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo – o nosso SUS – sem entender a historicidade, as debilidades políticas (teórica e prática), a criticidade, o poder de criar novos consensos, a construção de um bloco pró-reforma e suas alianças, o sentido reformador, a ligação com o movimento social, enfim, sem compreender os vários aspectos evolutivos desse movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Poucos trabalhos de conclusão de curso se preocuparam com este tema, tão fundamental para a saúde pública brasileira na atualidade. Exatamente por sua importância na atualidade, no aniversário de vinte anos de seu principal marco, vem à tona a necessidade deste tipo de trabalho.

Não se constitui num exagero afirmar que o presente, e mesmo o futuro da saúde pública brasileira passa necessariamente pelas teses, conceitos, teorias e principalmente pelos valores disseminados e debatidos no contexto do movimento da Reforma Sanitária. Ainda que se faça necessário ampliar o leque de debates, com a nova agenda que surgiu na saúde, no país e no mundo. E mesmo reformular antigos debates no seu sentido e conteúdo, a reforma sanitária brasileira de vinte anos atrás ainda é uma referência civilizatória para todos que são comprometidos com a saúde pública.

O papel que a docência vinculada a Universidade Federal de Santa Catarina, estabelece frente aos acadêmicos dessa mesma universidade, ao restante do corpo docente da universidade, para o conjunto dos intelectuais e dos técnicos do setor saúde nacional, e mesmo para toda a sociedade se constitui num influente construtor de novos consensos e sentidos comuns. Buscar essas percepções se trata antes de qualquer coisa buscar quais as novas ou velhas discussões que emergem desses especialistas em saúde pública. Compreender as percepções de docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC nos ajudará a visualizar melhor os significados desse movi-

mento e desse marco. Esse trabalho pode contribuir com as iniciativas políticas que se dispõem a pensar e fazer com que o debate sobre o futuro da saúde pública brasileira venha a incidir sobre uma radical transformação teórica e prática, incluindo a uma visão privilegiadora da dimensão social do processo saúde/doença e de suas conseqüências.

O curso de Medicina da UFSC necessita de debates e estudos que fomentem um melhor entendimento sobre o passado recente do setor saúde nacional (em especial o público). Há que aprofundar sempre mais o conhecimento sobre a Reforma Sanitária Brasileira, sua importância, seus limites, suas virtudes e deficiências. Tal postura possibilitará uma qualificação cada vez melhor de seus alunos, viabilizando a formação de um profissional comprometido com as necessidades e anseios da ampla maioria da população brasileira. Uma Universidade Federal e Pública que possui compromisso com a permanente construção da nação brasileira deve prover a possibilidade de que seu quadro docente possa apresentar suas percepções, que são fundamentais para a construção da informação e, principalmente, para a formação dos acadêmicos que serão futuros profissionais da saúde.

Se levarmos em conta o que diz Lowy⁶ sobre os intelectuais como uma categoria social definida como os produtores diretos da esfera ideológica, os criadores de produtos ideológico-culturais- uma pergunta nos parece fundamental: para onde a percepção dos docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC sobre a Reforma Sanitária Brasileira pode nos levar, ideologicamente/ utopicamente?

Gramsci⁷ afirma que criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, propagar criticamente verdades já descobertas (no sentido de que outros as conheçam), “socializá-las” por assim dizer; transformá-las, portanto, em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. Uma segunda pergunta nos parece não menos fundamental – que “verdades” são essas já descobertas que estão contidas nas percepções dos docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC?

Gramsci⁷ nos diz mais ao afirmar que o fato de que uma multidão de homens seja levada a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais significativo e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio filosófico”, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio privado de pequenos grupos intelectuais. Uma terceira

pergunta nos vem à mente – existe uma concepção mais ou menos unitária entre os docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC sobre a Reforma Sanitária?

Essas questões estão fundamentalmente vinculadas à intelectualidade e à produção intelectual. No nosso estudo, serão analisadas as percepções de um grupo de intelectuais/ técnicos docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC, visto que sua expressão é também criadora de produtos ideológicos/ utópicos, portanto influentes na produção e reprodução de valores político-culturais e na construção de sentidos comuns dentro e fora da academia. Saber o que esses docentes em especial pensam sobre a Reforma Sanitária é justificado no sentido de saber (pelo menos parcialmente) qual a expressão que a própria Universidade Federal de Santa Catarina dá a esse tema crucial para a formação dos seus acadêmicos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Conhecer as percepções de docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC sobre a Reforma Sanitária Brasileira.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar, nas percepções dos entrevistados, os significados do movimento da Reforma Sanitária Brasileira hoje.
- Identificar, nas percepções dos entrevistados, as fraturas entre o desejo expresso na VIIIª Conferência Nacional de Saúde e o SUS na atualidade.
- Identificar, nas percepções dos entrevistados, os debates que eles julgam importantes para a saúde pública brasileira e que não estavam contemplados, de forma satisfatória, no movimento da Reforma Sanitária Brasileira e na VIIIª Conferência Nacional de Saúde.
- Verificar as dificuldades de caráter estrutural, do Brasil e do setor saúde, identificadas pelos entrevistados, que obstaculizam a realização de um setor saúde como expresso na VIIIª Conferência Nacional de Saúde.
- Verificar se a percepção dos entrevistados sobre a Reforma Sanitária Brasileira evidenciada nesse trabalho se coaduna com sua expressão pedagógica em suas aulas na UFSC.
- Verificar, nas percepções dos entrevistados, as avaliações que esses fazem sobre o papel que a intelectualidade em saúde teve no movimento da reforma sanitária vinte anos atrás e nos dias de hoje.

4. METODOLOGIA

A pesquisa se caracteriza por ser um estudo de caso com uma abordagem qualitativa orientada por princípios de uma metodologia processual dialética pormenorizada na subseção seguinte (4.1). Pope e Mays⁸ lembram que a pesquisa qualitativa possui a vantagem de estudar indivíduos em seus ambientes naturais, com sua própria linguagem e termos. Para Mannheim⁹, a não consideração de elementos qualitativos não se constitui objetividade, mas sim, o contrário, a negação da qualidade essencial do objeto. A própria transcrição dessas percepções dos entrevistados já se constitui numa riqueza típica do método qualitativo.

4.1 Quadro teórico e a metodologia processual dialética

4.1.1 Elementos de um quadro teórico.

As críticas de Goldmann¹⁰:

1ª Se conhecêssemos a multiplicidade infinita das situações concretas que um ser humano vive durante sua existência, se tivéssemos o conhecimento exaustivo da estrutura psicológica do autor estudado e da história de suas relações cotidianas, poderíamos compreender se não inteiramente pelo menos em grande parte sua obra porém esse método parece estar muito longe das possibilidades reais. Desta maneira, integrar a obra à biografia do autor revela-se difícil e seus resultados duvidosos.

2ª Ao método positivista filológico a crítica recai sobre o fato deste isolar do contexto certos elementos parciais de uma obra e dar a esses status de totalidades autônomas criando analogias artificiais. A crítica recai no fato desses métodos não terem um critério objetivo que permita julgar a importância de diferentes textos e de sua significação ao conjunto da obra.

3ª O defeito dos trabalhos de psicologia é que, freqüentemente, tratam o indivíduo como sujeito absoluto e as relações com ele puramente de objetos. O que é um postulado falso e inexato é facilmente derrubado pela observação empírica da história. Quase nenhuma ação humana tem como sujeito um indivíduo isolado.

A clarividência de Goldmann¹⁰:

O princípio fundamental do pensamento dialético é aquele em que o conhecimento dos fatos empíricos permanece abstrato e superficial enquanto esse não for concretizado por sua inte-

gração à sua essência. Para complementar esse raciocínio afirmar-se que o pensamento e a obra de um autor não podem ser compreendidos se permaneçam no plano dos escritos, leituras e influências, pois o pensamento é apenas um aspecto parcial de uma realidade menos abstrata que é o homem vivo e inteiro. E que esse homem por sua vez é apenas um elemento de um conjunto maior que é o grupo social.

Goldmann¹⁰ é categórico ao dizer que uma idéia ou uma obra só recebe seu significado verdadeiro se integrada ao conjunto da vida e de um comportamento. E que o comportamento que permite compreender a obra não é a do autor (bibliográfico), mas sim o de seu grupo social (ao qual o autor pode não pertencer) ou a uma classe social. Goldmann¹⁰ afirma que o conjunto múltiplo e complexo das relações humanas, que envolve o indivíduo, cria muitas vezes rupturas entre a vida cotidiana e o pensamento conceitual/ imaginação criadora.

A saída proposta por Goldmann¹⁰ é que com o método dialético torna-se possível sair do texto ao indivíduo e desse ao grupo social. Um instrumento objetivo e controlável que permita separar o acidental do essencial proposto é a noção de visão de mundo (elemento fundamental do quadro teórico). O conceito se define por ser um instrumental conceitual de trabalho, indispensável para compreender as expressões imediatas do pensamento dos indivíduos, trata-se da existência de uma realidade que não é puramente individual e que se expressa através da obra de indivíduos.

O sujeito, portanto, da ação é um grupo, um “nós”, apesar de que a estrutura social atual tende a encobri-lo e a transformá-lo em um soma de individualidades. É claro que a multiplicidade de ações comuns (“nós”) que o indivíduo está engajado, nas quais o grupo sujeito não é idêntico, pode ter maior ou menor importância na consciência e comportamento do indivíduo. Esses grupos, sujeitos de ação, podem ser associações econômicas, familiares, comunitárias, profissionais, etc., mas o mais importante para a vida criativa intelectual e artística são as classes sociais (elemento fundamental do quadro teórico). Essas classes estão conectadas a um fundamento econômico que tem importância crucial para vida ideológica/utópica dos homens, pois esses são obrigados a se preocuparem e agirem para garantir sua existência. Os indivíduos podem separar seus pensamentos e suas aspirações da atividade cotidiana, o mesmo não acontece nos grupos sociais. Para esses últimos, a concordância entre pensamento e comportamento é rigorosa, essa é a tese central do materialismo histórico, que se limita a afirmar essa concordância e a exigir que

se dê um conteúdo concreto até que o homem um dia se liberte no comportando da submissão às necessidades econômicas. Goldmann¹⁰ escreve:

“Nem todos os grupos fundados sobre os interesses econômicos comuns, entretanto, constituem classes sociais. É preciso ainda que esses interesses estejam orientados para a transformação global da estrutura social (ou, pelas classes “reacionárias”, para a manutenção global da estrutura presente), e que eles se expressem, assim no plano ideológico, por uma visão de conjunto do homem atual, de suas qualidades, de seus defeitos e por um ideal do que devem ser as relações do homem com outros homens e com o universo na humanidade futura.

Uma visão do mundo é, precisamente, esse conjunto de aspirações, sentimentos e idéias que reúne os membros de um grupo (mais freqüentemente de uma classe social) e os opõem aos outros grupos” (Goldmann: 1979, 19, 20).

O discurso

As obras em questão nesta pesquisa são as expressões discursivas oriundas das entrevistas, ou seja, os discursos serão encarados como representações dos autores (suas obras). A ligação dessa obra a uma visão de mundo não se constitui, portanto, numa verdade absoluta, afinal de contas o discurso é uma representação (no nosso caso de forma única e sobre determinados temas específicos) que como tal pode conter níveis distintos de fidelidade com o que o autor realmente pensa/ pensa fazer/ faz.

Na segunda tese sobre Feuerbach que Marx¹¹ afirma que é na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento, ou seja, a prática é encarada como critério de verdade. O discurso em si não é capaz de afirmar se a ligação com uma visão de mundo se dá ou não e como se dá na práxis humana do entrevistado (realidade terrena), contudo nos possibilita entrar no conteúdo dessas representações. Essa pesquisa cumpre, pois, o papel de expor as entranhas das representações, sejam elas ideológicas ou utópicas, que os docentes de Saúde Pública entrevistados têm sobre os temas questionados.

O resgate da dimensão positiva da utopia

O conceito de ideologia proposto por Mannheim⁹, em seu sentido restrito, refere-se ao conjunto daquelas formas de pensar, estilos de pensamento, pontos de vista, vinculados aos inte-

resses, às posições sociais de grupos ou classes que querem conservar a ordem. E a utopia é a oposição crítica a essa ideologia. Lowy¹¹ dirá que a visão de mundo é o conjunto estruturado de valores, representações, idéias e orientações cognitivas, deste modo temos visões de mundo ideológicas quando servem para legitimar, justificar, defender ou manter a ordem social do mundo; e visões de mundo utópicas quando tiverem uma função crítica, negativa, subversiva, quando apontam para uma realidade ainda não existente. Trata-se de reabilitar o termo utopia, que consideramos essencial à visão dialética que defendemos, no sentido de uma projeção de algo que não existe em lugar nenhum, uma fonte rica de criatividade e rebeldia – a história da humanidade está recheada de visões utópicas.

4.1.2 Metodologia processual dialética

A conceituação da dialética como um método científico de interpretação da realidade social parte da premissa de que na realidade social nada é perene, exceto o movimento de mudança, e que esse é fruto das superações/ continuidades das contradições presentes na realidade social. Konder¹³ conceitua a dialética como o modo de refletirmos as contradições da realidade, o modo de entendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente mudança.

Prado Junior¹⁴ nos dá uma dimensão histórica sobre a dialética ao firmar que essa foi apreendida pela humanidade e veio fazendo caminho na sua cultura, pela própria experiência humana. O mesmo autor¹⁴ faz questão de destacar que a dialética, como a linguagem, não surgiu abrupto de um dom divino (como acreditavam os povos primitivos) nem constituiu a iluminação súbita do espírito humano através deste ou daquele indivíduo genialmente inspirado. Segundo Demo¹⁵, a dialética seria uma das únicas metodologias que insistem no aspecto qualitativo da realidade social. Ainda, o mesmo autor¹⁶ nos lembra que o instrumental dialético privilegia alguns fenômenos sociais que se pensam serem mais básicos que outros. A dialética é um método privilegiador do conflito, elemento que consideramos nessa pesquisa fundamental, pois numa sociedade de classes o movimento de evolução histórica tem sido fruto de séries de conflitos de interesses. Para usarmos aqui uma linguagem dos heréticos do século XIX trata-se da luta de classes – o motor dessa época histórica nessa sociedade que vivemos.

Para Demo¹⁵, como para o autor dessa pesquisa cremos que, apesar dos seus problemas e vazios, essa metodologia é a mais conveniente às Ciências Sociais, pois leva em conta o ser histó-

rico. A historicidade que o método dialético constrói é aquela que se dá numa relação íntima entre o movimento de mudança e a continuidade na evolução do tempo histórico. O movimento de mudança (carreador de uma antítese) possui graus variáveis desse “teor de mudança” que, ou não são capazes, ou não querem transformar radicalmente a totalidade concreta apenas criam/ recriam interações sociais, portanto seu teor de continuidade histórica é maior – chamamos isso de Reforma. Quando o movimento possui força política e uma antítese capaz de transformar a totalidade do sistema sócio- econômico construindo um teor de ruptura histórica com o passado notável – chamamos isso de Revolução. Essa noção sobre as possibilidades do vir-a-ser que o método dialético nos possibilita privilegiar é fundamental para compreendermos o movimento e o teor da antítese que existiu na Reforma Sanitária Brasileira.

Faz-se necessário lembrar nessa subseção os percalços do método dialético ao longo da história, dando inclusive historicidade ao próprio desenvolvimento do método. Se é bem verdade que esse método teve seus baixos ao longo da história, sendo inclusive considerado por alguns como uma forma superficial e enganosa de ver a realidade, é também verdade que seu desenvolvimento tem ajudado a construir conhecimento, na medida em que tem sido usado para compor o edifício de uma teoria crítica. Uma Teoria Crítica que defendemos aqui está intimamente unida a esse método, como lembra Demo⁵:

“(...) a concepção processual-dialética de ciência, no sentido de que não sendo possível a construção da verdade final, toda verdade é histórica-provisória, e por definição superável. Qualquer produção científica é, pois, inevitavelmente criticável, se não quiser colocar no começo ou no fim de si mesma o dogma, ou seja, a não-ciência. Isto não torna a produção científica histórica menos real, porque ela detém sua validade histórica, todavia postula-se que o fenômeno da superação das teorias é pelo menos tão importante quanto sua cristalização histórica sob formas institucionais, que lhe emprestam certa persistência no espaço e no tempo” (Demo: 1982, 9).

O contexto conceitual básico proposto por Demo¹⁶ e que será usado nessa pesquisa envolve:

A historicidade: é caracterizada pela mobilidade constante da história, é o vir- a- ser contínuo das formações sociais, é a tensão dialética entre a permanência no tempo e a transcendência para o futuro. É particular do histórico a qualidade de ser provisório, instável, lábil, imperfeito,

precário, ou seja, contraria as posições absolutizantes como perfeito, definitivo, equilibrado, harmonioso. O que não significa que ser provisório quer dizer que exista menos, apenas assume esta forma de existência – o persistente nas formações sociais é a capacidade de não persistir.

O processo: este se caracteriza pela propriedade de estar a caminho, em movimento, de estar sempre em formação, ou seja, de não estar completamente acabado, formado, fechado. Uma realidade processual é um constante vir-a-ser, não numa noção pejorativa, mas a própria condição de existência da realidade. A processualidade admite, portanto como concluído apenas o passado, o presente é fugaz e o futuro essencialmente aberto. Esse movimento constante não está pré-determinado que se faça sempre progressivamente, regressivamente, ou circular. Acrescentamos a essa proposta de Demo¹⁶ também a forma pré-determinista da espiral, como representante da visão de que a história se desenvolve sempre num fluxo progressivo ainda que tortuoso.

A mutação social: hoje dificilmente um método em ciências sociais não inclua a idéia de que as formações sociais se transformem. O que diferencia a metodologia dialético é o modo como essa aceita as mutações sociais, ela compreende essas transformações dentro do próprio sistema (comum em outras metodologias), mas também do próprio sistema. Assume, portanto que um sistema pode ser superado historicamente.

A transcendência: nada tem a ver com o conceito religioso da palavra, a conotação aqui é intramundana. Significa simplesmente a possibilidade de superação do sistema, ou seja, não apenas a possibilidade imanente de um sistema rearranjar-se internamente (se Reformar), mas também de se contestar radicalmente e inaugurar uma nova fase (se Revolucionar). O conceito de transcendência significa que, mesmo sob um aparente enrijecimento da realidade, sempre lateja a possibilidade real de mudança estrutural.

O conflito social: a orientação dialética parte do ponto de vista que toda a forma social possui contradições internas suficientes para ser superada. O conflito, portanto é uma normalidade histórica. Esse é um conceito fundamental e que tem sido sempre um ponto de imensas discussões e contrariedades entre “dialéticos” entre si, e “dialéticos” contra “não dialético”.

A relatividade do social: essa se expressa como uma colocação ontológica, isto é, correspondente à constituição interna do ser em geral, aqui do ser social. É um axioma que quer dizer que a realidade carrega dentro de si um sentido de provisoriedade, do constante vir-a-ser.

Adicionamos nesse estudo a proposta de Konder¹³ sobre a categoria da totalidade que permite à dialética enxergar, por trás das aparências das coisas, os processos e inter-relações de

que se compõe a realidade. Kosik¹⁷, de modo muito perspicaz, esclarece que a realidade tomada como conjunto de todos os fatos, aspectos, relações e coisas não é a totalidade concreta porque a tal agrupamento de fatos o essencial: a totalidade e a concreticidade. Totalidade concreta para Kosik¹⁷, e para esse estudo, é a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode ser racionalmente compreendido. O mesmo autor¹⁷ afirma que a realidade é um todo concreto (que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto desses) e aponta que o conhecimento da realidade concreta não passa de mística, ou a coisa incognoscível em si.

Kosik¹⁷ afirma que a dialética trata da “coisa em si”, porém a “coisa em si” não se manifesta imediatamente ao homem. Para chegar a sua compreensão utilizaremos a mediação elemento necessário ao método dialético, como nos lembra Konder¹³, para que possamos ir além das aparências e buscar a essência do fenômeno – temos que fazer operações de síntese e de análise que esclareçam não só a dimensão imediata, como também, e sobretudo, a dimensão mediata delas.

Se lembrarmos que são os teóricos marxistas aqueles que contemporaneamente mais comumente são lembrados como promotores desse método, é também verdade que muitas das distorções metodológicas empregadas à dialética também são culpa de alguns marxista. A crítica tecida contra setores que se apresentavam, e apresentam, como marxistas “promotores” da dialética e que produziram uma versão dogmatizada, acrítica, determinista e extremamente empobrecida da dialética – a qual Demo¹⁶ designa de “dialética fechada” – nos parece justa. Não é essa a dialética que preconizaremos nesse trabalho, pelo contrário, aqui o “espírito dialético” – como escreveu Walter Benjamin¹³ – insiste em “escovar a história a contrapelo”. Nesse estudo ela seguirá sendo o que Konder¹³ nos ensina ao dizer:

“Em sua inspiração mais profunda, a dialética existe tanto para fustigar o conservadorismo dos conservadores como para sacudir o conservadorismo dos próprios revolucionários.” (Konder: 1985, 85)

4.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos de estudo foram os docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC numa amostra intencional. Sendo estabelecido como critérios de inclusão dos entrevistados:

1º Ser docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

2º Ter ministrado aula no curso de Medicina da mesma universidade no ano do vigésimo aniversário da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (ano de 2006).

Como único critério de exclusão:

1º Não ser pesquisador desse trabalho.

Para tanto, o pesquisador solicitou pessoalmente ao Departamento de Saúde Pública da UFSC a relação dos docentes que cumprem os critérios de inclusão expostos acima.

A vantagem da mostra intencional no nosso estudo é que esta possibilita a utilização de pequenas amostras para a obtenção dos dados, ao mesmo tempo em que é capaz de fotografar razoavelmente o quadro das percepções daqueles docentes responsáveis pela transmissão de conhecimento em saúde pública ao curso de Medicina da USFC no ano de 2006.

Todos os entrevistados foram convidados pessoalmente ou por contato telefônico/ e-mail (informações também solicitadas ao Departamento de Saúde Pública conjuntamente à lista dos docentes) pelo pesquisador a participarem desse estudo. Foi assegurado a todos o direito de esclarecimento, além da exposição dos preceitos éticos que guiam essa pesquisa.

4.3 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador utilizando-se de um aparelho digital manual com gravador de áudio (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R gravando no formato *WAV*), que foi previamente acordado com os entrevistados, sendo que nenhum recusou o uso do aparelho. Para salvaguardar a anonimidade dos docentes participantes da pesquisa foram utilizados, para fins de publicação, o uso de símbolos para a sua diferenciação. Foram, desta maneira, apresentados os docentes, pela letra maiúscula D (referindo-se a “Docente”) com a numeração dada aleatoriamente de 1 a n, sendo n um algarismo representando o número final de entrevistados (por exemplo: D1, D2, D3... Dn).

Os participantes foram interpolados pelo pesquisador de acordo com os critérios mencionados na subseção anterior, as entrevistas foram conduzidas no ambiente de trabalho destes do-

centes, ou seja, nas suas salas no Departamento de Saúde Pública da UFSC. As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro/ março 2007.

A técnica utilizada para coleta de dados foi da entrevista semi-estruturada que se caracteriza segundo Britten⁸, por possuir uma base estruturada solta que consiste em questões abertas que delimitam a área a ser explorada inicialmente pelo pesquisador. Esse estudo se caracteriza pela articulação de questões que possibilitam a livre expressão do entrevistado sobre o tema, sem que com isso o objetivo da pesquisa se perca durante a entrevista. Essa técnica foi guiada em profundidade pelo seguinte roteiro:

- 1- O que significa para você o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, hoje, vinte anos após seu principal marco: a VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 2- O que você apontaria como fratura(s) entre o(s) desejo(s) expresso(s) na VIIIª Conferência Nacional de Saúde e o SUS de hoje?
- 3- O que você considera um debate importante para a saúde pública brasileira que não estava contemplado, pelo menos de forma satisfatória, no movimento da Reforma Sanitária Brasileira/ VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 4- O movimento da Reforma Sanitária Brasileira debateu questões para além do setor saúde, algumas de forte caráter conjuntural da época, mas também de caráter estrutural. Qual (ais) é (são) a (s) dificuldade (s) de caráter estrutural do Brasil e do setor saúde que obstaculizam a realização de um setor saúde conforme expresso na VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 5- Quando você fala ou discute algo sobre a Reforma Sanitária Brasileira em sala de aula, como é que você normalmente a apresenta?
- 6- Como você compreende o papel da intelectualidade em saúde no movimento da Reforma Sanitária Brasileira vinte anos atrás e hoje?
- 7- Gostaria de falar algo a mais sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira?

O teor das questões expostas nesse roteiro só foi conhecido pelos entrevistados no momento da entrevista quando lhes foi entregue uma folha contendo o questionário descrito acima (Anexo I), para que os mesmos visualizassem as questões. Por se tratar de um roteiro básico, o pesquisador se sentiu à vontade ao questionar sobre possíveis relações entre as percepções do mesmo entrevistado ou requerer uma melhor exposição do entrevistado sobre qualquer ponto

levantado por esse em suas respostas. Ao final da entrevista o pesquisador indagará “se o fato de a entrevista ser gravada com aparelho de áudio constrange o entrevistado?” Essa questão serviu para identificar possíveis vieses dessa pesquisa.

4.4 Análise dos dados

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, tendo como objeto de estudo as percepções dos docentes entrevistados acerca de um substrato histórico – a Reforma Sanitário Brasileira. Todas as entrevistas foram captadas de forma individualizada. Para isso utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada e optamos parcialmente pela proposta de Bardin¹⁸ (pois só foram usadas as técnicas mencionadas adiante subordinadas ao quadro teórico/ metodologia processual dialética) sobre a abordagem qualitativa e a análise dos dados coletados nas entrevistas.

A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo das percepções dos entrevistados tendo como objetivo desvendar as ideologias/ utopias, princípios e diretrizes que, em um primeiro momento, podem não se apresentar com a devida clareza durante a entrevista. Segundo Minayo¹⁹, a análise de conteúdo parte da literatura num primeiro instante para chegar a níveis mais profundos transpondo os significados manifestos, para isso relaciona estruturas semânticas (significados) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

O processamento dessa análise se dará sob orientação de Bardin¹⁸ da seguinte forma:

1) A pré-análise é um momento de organização com a finalidade de operacionalizar e sistematizar as idéias para o bom desenvolvimento das operações seguintes. Ela é composta por:

a) Uma leitura flutuante da transcrição na íntegra das entrevistas com o objetivo de se familiarizar e deixar-se invadir pelas impressões imediatas. Minayo¹⁹ lembra que nessa fase as dinâmicas entre as hipóteses iniciais, emergentes, teorias ligadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais clara e capaz de transpor a sensação de caos inicial.

b) Escolha e definição do *corpus* do documento. Um *corpus* é um grupo de documentos que serão submetidos à análise, o que implica em escolhas, regras e seleções. Minayo¹⁹ descreve essas regras com exaustividade (que contempla os aspectos apontados no roteiro), representatividade (que contenha a representação do universo pretendido), homogeneidade (que siga critérios precisos de seleção em termos de temas, técnicas e interlocutores) e pertinência (os textos analisados devem ser adequados aos objetivos do trabalho).

c) Formulação de hipóteses e objetivos. As hipóteses são assertivas provisórias que nos propomos a ratificar ou retificar recorrendo aos procedimentos de análise. Os objetivos são as finalidades a que nos propomos. Minayo¹⁹ lembra que nessa fase define-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (envolve a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que direcionaram a análise.

e) Preparação do material é a edição dos textos, num enquadramento formal alinhado, no nosso caso, pelas questões dadas na entrevista semi estruturada.

2) Exploração do material: Trata-se da análise propriamente dita, essa fase consiste essencialmente na codificação, ou seja, na transformação dos dados brutos (orientado por regras precisas) em unidades que permitem atingir uma descrição exata dos caracteres que nos interessam no conteúdo dos entrevistados.

3) Tratamento dos resultados.

O método também se desdobra em outras 3 técnicas principais propostas por Bardin¹⁸, sendo que algumas delas podem ser utilizadas mutuamente:

a) Análise categorial é uma técnica que se caracteriza pela operação de classificação por elementos constitutivos, inicialmente diferenciando os vários elementos e depois agrupando os comuns por analogias. Esses agrupamentos (classes) podem ser semânticos como as categorias temáticas que usamos nessa pesquisa.

b) Análise da enunciação: é uma técnica que parte da concepção da comunicação como processo e não como dado – esquia-se das estruturas/ elementos formais. Ela compreende o discurso como não acabado, como produto de espontaneidade e constrangimento, recheado de contradições, incoerências e imperfeições.

e) Análise do discurso: é uma técnica que se inscreve numa sociologia do discurso como uma procura por conexões entre posições políticas com as manifestações semânticas dadas no discurso.

A redação final do trabalho foi iniciada em março de 2007 e finalizada em maio de 2007.

4.5 Procedimentos éticos

Todos os entrevistados foram convidados pessoalmente ou por contato telefônico /e-mail pelo pesquisador a participarem deste estudo, sendo-lhes explicado, por ocasião do convite, os objetivos do trabalho e aberta a possibilidade de quaisquer esclarecimentos a respeito. Foi também ressaltado o comprometimento dos pesquisadores em seguir preceitos éticos, de garantir o anonimato dos participantes e de só divulgar os dados mediante seu consentimento. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), de cujo teor foram plenamente informados e receberam uma cópia do mesmo onde contém os canais de comunicação com os pesquisadores.

Os dados coletados através da entrevista semi estruturada por um aparelho digital com gravador de áudio manual (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R gravando no formato *WAV*) foram arquivados e guardados para análise, sendo que o seu acesso foi supervisionado pelo autor através de uma senha conhecida apenas pelo mesmo. Foi garantida a privacidade e sigilos necessários para a realização de uma pesquisa destas características. Todos os participantes dessa pesquisa foram esclarecidos sobre seus objetivos e assegurado a privacidade de suas identidades, como demais direitos previstos no Termo de Consentimento (Anexo I).

Este trabalho não pretende beneficiar diretamente os participantes da pesquisa, mas tem o compromisso de gerar e sistematizar informações e conhecimentos para o grande grupo da escola médica e também para outros cursos de saúde da UFSC.

4.6 Limites da pesquisa

Como parte de um discurso das competências que atravessa essa pesquisa é papel do autor dimensionar os limites dessa pesquisa. Esse ato não diminui a grandeza do trabalho, apenas aponta algumas de suas fraquezas e tenta, na medida do possível, justificá-las. Relembramos aqui o que expomos na metodologia e na discussão: que o objeto de pesquisa pode não ser congruente com o que realmente o entrevistado pensa/ faz, não me refiro somente a uma má fé em torno das respostas, mas sim ao leque das possibilidades de “obra discursiva” estar distante do seu autor. Seria ingenuidade crer que a apresentação (nesse estudo através do discurso) represente o concreto, mesmo naquele momento histórico. Temos como limites da pesquisa:

1º Apesar de querermos captar a percepção desses docentes entrevistados sobre o significado da Reforma Sanitária Brasileira, o limite de questões não consegue abarcar toda a esfera dessa percepção.

2º O limite de docentes entrevistados invalida uma conclusão mais generalizadora, mesmos os aspectos particulares (comuns a dois ou mais docentes entrevistados) e singulares (comum a apenas um docente entrevistado) ficam resumidos a esse grupo de entrevistados.

3º Como foi utilizado como técnica de coleta um aparelho digital manual com gravador de áudio (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R), é possível que essa técnica de coleta tenha inibido alguns participantes.

4º Quanto a possíveis vieses nas entrevistas Britten⁸ assinala alguns que consideramos possíveis de ter ocorrido nessa pesquisa como: interrupções externas, distrações e o medo de estar em foco por parte dos entrevistados. Se o fato de as entrevistas terem sido colhidas no ambiente de trabalho (maior comodidade ao entrevistado) é preciso registrar aqui que as interrupções acabaram sendo inevitáveis em algumas entrevistas.

5º O fato de o entrevistado só tomar conhecimento do teor exato do questionário na hora da entrevista e o fato de não poder rever a suas repostas depois de transcritas para retificarem ou ratificarem suas percepções se constitui num limite dessa pesquisa. A justificativa para essa forma de coleta de dados ter sido escolhida deve-se mais à conveniência do que a escolha metodológica. O semestre 2005.2 teve “dois” finais, um em dezembro de 2005 e outro em fevereiro de 2006, o que tornava difícil o contato com os docentes devido às provas, correções das mesmas, das duas férias (final de ano/ início de março 2006), enfim uma série de impossibilidades restringiram o tempo de coleta. O envio do questionário por e-mail não se justificaria, porque não teríamos certeza de que todos o leriam, para não criar disparidades optamos por apresentá-lo no momento da entrevista.

6º Como objeto desse estudo é a percepção dos entrevistados sobre um movimento real da história da saúde pública brasileira, o fato de não reconstruirmos uma história profunda desse movimento e dos momentos históricos em que ele aconteceu, limita a possibilidade de análise das percepções dos entrevistados, pelo menos em um sentido. As relações de força, a heterogenicidade dos atores, os instrumentos que dispunham, o grau de disposição de luta, a leitura que os próprios atores faziam do movimento e de suas forças, a leitura de quais eram os atores contrários e das suas forças, a construção do bloco em defesa da Reforma Sanitária, enfim trata-se de uma

reconstrução histórica profunda que poderia nos ajudar no sentido de identificar o grau de proximidade entre as representações dadas nas percepções dos docentes nesse trabalho expostas em relação a construção real histórica desse movimento - esse poderia ser um ponto de crítica às percepções. Essa construção histórica profunda está além das dimensões desse estudo (TCC).

Faz-se necessário um momento de denúncia sobre o limite imposto ao pesquisador acadêmico para a construção de uma pesquisa mais aprofundada, dada a carga horária imposta pelo curso de Medicina da UFSC. Não existe na nossa carga horária espaço temporal definido para o TCC, nem mesmo uma orientação adequada provinda da coordenadoria do curso sobre o mesmo, apenas nos é informado a data em que devemos entregá-lo. Essa política explicita bem a importância que esse curso presta à pesquisa.

Existe também a necessidade de explicar uma questão que cremos ser fundamental para compreender essa pesquisa:

Konder²⁰ afirma que a história da ciência não passa de um aspecto vivo da história geral da humanidade e se acha estreitamente vinculada a esta, participando de seus impasses, avanços e tropeços – seria ingênuo supor sempre uma nítida oposição entre ciência e pensamento ideológico comprometido com a alienação. Esse é um trabalho pautado por uma visão de mundo e uma concepção metodológica que compreende a ciência como um espaço também de luta ideológica/utópica. Nesse sentido, se faz necessário dizer que não é um limite dessa pesquisa a crítica e a direção expressas pelas mesmas. Não optamos por fazer uma crítica às percepções pela crítica, ou seja, sem apontar o rumo que julgamos indispensável para saúde pública brasileira – essencialmente por nosso comprometimento com as classes sociais que dependem dela como único espaço de atenção aos agravos à saúde. Demo⁵ mais uma vez nos ilumina nesse aspecto:

“Esta posição pode conduzir a um certo imobilismo oportunista, porque, não sendo possível escrever a última palavra na história, e tendo em vista que, ao propormos algo, nos tornamos criticáveis, é mais cômodo nada propor ou apenas criticar. Há nesta postura uma intensa contradição interna. Nega-se ao adversário os mesmos meios de luta. Isto não é apenas uma incongruência lógica, é até mesmo uma injustiça social. Ademais, a crítica é um fenômeno de estreito parasitismo social e, no fundo, a negação da processualidade da ciência, que vive da necessidade constante da contraproposta. Vamos tentar levantar o problema posteriormente de que partes dos cientistas sociais se dedicam a tal imobilismo oportunista, imaginando inúmeros malabarismos inte-

lectuais para evitar a necessidade de “suja as mãos”. Ora, toda proposta nos suja, porque com ela nos comprometemos, mas isto é coerente, porque partíamos da idéia de que toda a teoria é também suja, no sentido de que não consegue fazer total justiça ao real. Assim, esta é a maneira coerente de nos “limparmos”, ou seja, assumindo a consciência crítica da “sujeira” que praticamos para podermos restringir, na medida do possível, sua vigência. A atitude contrária, embora busque mostrar em seu pretenso descompromisso a alburna de uma inocência acima de qualquer suspeita, é que constitui a autêntica malícia histórica de uma ciência suspeita.”(Demo: 1982, 11).

Às vezes, sobre os rótulos de “trabalho acadêmico” e “trabalho científico” o que se tem é uma imensa pobreza criativa e crítica nos conteúdos desses “estudos”, que são condicionados pelas formas, métodos e diretrizes consagrados na academia. Os defensores desses trabalhos sempre tentaram pejorativar o conteúdo daqueles que fogem desse estereótipo como expressões ideológicas/utópicas (viciados) e panfletárias (menor que a tese acadêmica), mas lembramos que mesmo as expressões ideológicas/utópicas e panfletárias (no sentido que eles compreendem e no sentido mais amplo que realmente esses o são) já tiveram, e ainda tem ao longo da história, uma força de persuasão (positiva ou negativa) sobre a humanidade maior que milhares desses tipos de “trabalhos acadêmicos” e/ou “trabalhos científicos”. Há muito a criatividade vive fora desse tipo de estereótipo “acadêmico”, aceitável pelo consenso reinante, portanto esse estudo não é uma tentativa de ser reconhecido por essa “academia da pobreza intelectual”, muito menos por aqueles que defendem uma expressão da instituição da verdade como algo despido de “impurezas mundanas” (“a sujeira” que Demo nos fala). Esse estudo é sim destinado àqueles e àquelas que se comprometem a usar a criatividade e todas as suas forças para transformarem a realidade a favor do povo (significando aqui, como em todo esse texto, o oposto da palavra elite).

Desejamos que, apesar dessas limitações supracitadas, essa pesquisa seja uma contribuição, ainda que singela, para entendermos o pano de fundo das percepções que é o próprio movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e o papel que a docência representa no cenário político.

5. RESULTADO

Abaixo seguem as sete subseções com suas respectivas categorias.

5.1 Quando questionados sobre: O que significa para você o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, hoje, vinte anos após seu principal marco: a VIIIª Conferência Nacional de Saúde?

As respostas a essa questão dadas pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

- Significado para o momento político brasileiro na década de 80. Aqui se expressam o papel que o movimento desempenhou na luta pela redemocratização do país e o papel que teve como contribuinte da política mais geral do país na época (mais até que no próprio setor saúde).

- Significado para o próprio setor saúde. Aqui se expressa a visão de que o movimento se constitui numa força fundamental de avanço no setor saúde brasileiro; a identificação da reforma com a proposta de ampliação do conceito de saúde, novo modelo assistencial/ política de saúde e o financiamento; a mudança de concepção de saúde em relação a OMS; o movimento se apresenta como uma força motriz da construção do SUS; movimento como contrário a uma série de *status quo* da época e a favor de mudanças numa outra direção; uma superação do modelo pautado pela dicotomia entre preventivo e curativo e como um momento positivo de compreensão do povo brasileiro sobre que setor saúde se deseja.

- Significando processo inacabado. Aqui se expressam as leituras de que a Reforma Sanitária Brasileira possui atualidade para o setor; a percepção de que o movimento sanitário continua vivo e que mudou nesses mais de vinte anos; o processo inacabado leva em conta uma disputa política de projetos distintos que ainda se desenrola na sociedade brasileira; a percepção sobre as forças contrárias e o projeto neoliberal; a continuação do movimento engloba debates contemporâneos e a avaliação positiva nesses mais de vinte anos.

- Identificação dos atores políticos envolvidos no movimento sanitário. Aqui se expressam as leituras sobre a importância da universidade, do movimento popular e dos estudantes; a importância da intelectualidade de esquerda em saúde, a ala progressista da Igreja e a população

mobilizada; o papel da intelectualidade como quase definidor do movimento; a identificação de sete atores e suas posições políticas.

- O movimento sanitário vinte anos depois sofre dificuldades. Aqui se expressam como justificativa desse enfraquecimento a entrada no aparelho do Estado, a hipertrofia de tendências e a perda do inimigo comum; o enfraquecimento desse movimento em relação a sua força na década de 80 e a leitura que mudanças conjunturais importantes aconteceram e que dificultam a continuidade do movimento sanitário.

- Significado como movimento de esquerda. Aqui se expressam as ligações com o PCB e o PT; a intelectualidade pertencente à esquerda; ligação por se tratar de um projeto socialista reformista e a ligação com uma extração socialista.

- Ligação com a Reforma Sanitária Italiana.

Existe ainda uma percepção que foge do objetivo geral dessa questão e não se encaixa nas categorias descritas acima, sendo incorporada como temáticas/ elementos singulares no final dessa subseção. Aqui se expressam leituras de continuidade histórica do movimento sanitário; lembranças da década de 80 no setor saúde catarinense e a leitura que docentes de saúde pública não se interessam pelo movimento sanitário.

5.1.1 Categoria: Significado para o momento político brasileiro na década de 80.

A leitura do papel que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira desempenhou fundamentalmente na luta pela redemocratização do país, após duas décadas de regime ditatorial é expresso por um dos entrevistados:

(...) A Reforma Sanitária e a 8ª Conferência, em particular, se inseriram num contexto de luta política mais ampla pela redemocratização do país. Eu considero que, apesar de ser uma Conferência de Saúde, ela teve uma importância mais política, canalizou uma série de movimentos sociais, da universidade, movimentos populares e de categorias no sentido de buscar a redemocratização do país. Em 1986 a gente não tinha eleição direta ainda (...). D1

O entrevistado reafirma a interpretação e salienta que esse movimento teve contribuição do movimento político mais geral da sociedade brasileira da época, mais até que no próprio setor saúde. O entrevistado declara que:

Significa o marco principal, movimento pela reforma política do país, claro que tinha uma proposta de saúde de reformulação de todo um sistema, a implantação de um Sistema Único de Saúde

que na época não existia, mas fundamentalmente tem um caráter político mais geral no meu modo de ver (...). D1

Esse papel mais amplo juntamente com o papel para o setor saúde que o movimento sanitário brasileiro cumpriu é pormenorizado na seguinte declaração:

(...) Alguns historiadores consideram o movimento mais vigoroso social da época da redemocratização do país, então, eu acho que ele cumpriu esse papel de ser um pólo popular e democrático num contexto de fim de ditadura militar. Eu acho que ele deu vazão e isso foi criticado por alguns autores políticos, ele deu vazão a uma série de necessidades políticas e não apenas de saúde, ele foi porta voz do movimento de democratização. Ele é super importante como movimento de saúde, mas significou mais, ele foi além do setor saúde, foi um movimento social de redemocratização do país com uma bandeira de luta específica com bandeiras de lutas gerais também. Então acho que ele cumpriu esse papel. D1

5.1.2 Categoria: Significado para o próprio setor saúde.

Os entrevistados defendem que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira se constituiu numa força fundamental de avanço no setor saúde brasileiro. Seu saldo aparece como positivo nas percepções dos entrevistados.

A identificação da reforma com a proposta de ampliação do conceito de saúde, novo modelo assistencial/ política de saúde e o financiamento é apresentada abaixo:

(...) O que queria a reforma? A nossa Reforma Sanitária no Brasil ela entrou com uma proposta muito clara quando foi discutida na Oitava que foi a ampliação e mudança do conceito de saúde, nova proposta de estruturação do modelo assistencial, ou seja, da política de saúde, a reforma estrutural, e financiamento de que jeito seria o financiamento. Foram essas três coisas (...). D8

O mesmo entrevistado D8 exemplifica a mudança de concepção em relação à OMS proposta pela Reforma Sanitária Brasileira e a política pública em saúde decorrente dessa concepção seria o SUS:

(...) Na questão do conceito de saúde ele foi ampliado, ele sai daquele conceito consolidado que é da OMS que é o completo bem estar físico, mental, e etc. e avança na direção do conceito ampliado de saúde. Que inclui e consagra que saúde são questões objetivas de vida, condições concretas, portanto ele inclui todas essas condições que são as características de vida das pessoas necessária, muito vinculada até os direitos humanos porque a saúde seria decorrente necessária da habitação, do direito a habitação, vestuário, locomoção alimentação, paz, segurança, lazer, enfim todas essas questões básicas para que os seres humanos vivam em saúde com uma boa qualidade de vida. Bom, para isso precisa um modelo assistencial uma política pública que no nosso caso é o SUS

que é uma política de Estado e não de governo, portanto ele não é transitório, ele está consolidado na Constituição da República (...). D8

Nessas respostas o movimento da Reforma Sanitária Brasileira se apresenta como uma força motriz da construção do SUS:

Eu penso o seguinte: é o principal movimento social envolvendo a área da saúde no Brasil. Foi quase o responsável social e político pela mobilização que gerou a 8ª Conferência, deu o formato jurídico e legal para o SUS e conseguiu força política para sair do aparato legal entrar num processo de construção real de um sistema de saúde com as características que o SUS tem (...). D2

Eu vejo que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira significou tudo com relação ao SUS (...). D3

Para mim ele foi muito importante, ele determinou muito das conquistas que aconteceram e depois disso para a saúde pública e para a saúde de um modo geral no Brasil. Ele foi o pontapé, o berço onde nasceu toda a concepção do Sistema Único de Saúde (...). D4

Primeiro eu acho que tudo o que a gente tem hoje é graças a esse grupo, ou seja, a Reforma Sanitária. A esse grupo do qual a gente tem a honra de ter professores, colegas nossos que participaram da Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional (...). D6

Logo em seguida o contexto de ditadura militar como repressão é lembrada pelo entrevistado D6 como um fator de valorização (“coragem”) desse movimento. O nome de Mário Testa, figura prestigiada em saúde na América Latina, também aparece na resposta do entrevistado:

(...) eu acho que foi uma coragem muito grande do pessoal que participou, que fez, inclusive o contexto da América Latina que havia. O Mário Testa, por exemplo, foi preso e muitos colegas nossos daqui, presos políticos da época, tudo era voltado para o particular era um momento muito forte de ditadura (...). D6

O avanço é dado em relação a proposta da ditadura militar para o setor saúde brasileiro. Também vemos nessa resposta a leitura de que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira era contrário a uma série de *status quo* da época e a favor de mudanças numa outra direção:

(...) Acho que a gente avançou muito desde a 8ª Conferência, se a gente considerar como era o sistema de saúde do governo militar que era um privilegiador do complexo médico industrial, que era um sistema fragmentado, a medicina curativa estava de um lado a Preventiva de outro, que o movimento popular não tinha representação. Nós avançamos um bocado, nós tínhamos um ideário, acho que o ideário do movimento da Reforma Sanitária era bem claro contra a ditadura militar, contra o complexo médico industrial, a favor da criação de um Sistema Único de Saúde, a favor de um controle social do sistema saúde pela população e um modelo hierarquizado inspirado

no modelo então da Inglaterra como no de Cuba era isso em grosso modo. Era o movimento sanitário pensava (...). D5

A Reforma Sanitária Brasileira é compreendida também aqui como superação do modelo pautado pela dicotomia entre preventivo e curativo, representando atualizações nas concepções listadas abaixo:

(...) ela atualiza as concepções de prestação dos serviços de saúde, a concepção de políticas públicas de saúde, de modelo assistencial, de modelo de gestão e principalmente ela rompe com o padrão epidemiológico antigo que era centrado numa dicotomia entre o preventivo e o curativo então isso para mim foi muito importante (...). D8

A Reforma Sanitária Brasileira representa na história um momento importante e positivo de compreensão do interesse do povo brasileiro no que se refere à saúde:

Bom, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira para mim significa um dos movimentos sociais, que seria um movimento social pela saúde na prática, de maior importância dentro do nosso país nessa história recente. E ele mostra uma tomada de consciência e uma tomada de posição a respeito de que projeto de saúde que nós brasileiros queríamos para nós, ou seja, de que forma os brasileiros desejam ser cuidados, ou seja, protegidos, promovidos e recuperados na sua saúde, que tipo de atendimento, como deveria ser e que marcos ideológicos e teóricos que deveriam nortear esse tipo de reforma (...). D8

5.1.3 Categoria: Significando processo inacabado.

A percepção de que esse movimento ainda tem que cumprir um papel na evolução política brasileira, de seu inacabamento enquanto processo de construção de uma alternativa de saúde pública brasileira está presente em várias declarações dos docentes entrevistados:

(...) É um processo que não está concluído (...). D1

(...) Eu acho que é um processo muito em andamento, eu diria que para mim o movimento da Reforma Sanitária ainda está no começo. Apesar de ter muito caminho andado nesses vinte anos, do ponto de vista prático da estruturação dos serviços principalmente da rede básica, muito pouca coisa feita, muito pouco consenso, (muito) pouca estruturação real dos serviços no país (...). D2

(...) é muito dinâmico o processo da Reforma que ainda está em curso, ela é inconclusa (...). D8

Podemos ver ainda que a proposta da Reforma Sanitária Brasileira possui atualidade para o setor saúde sobre a justificativa de que não foi cumprida na sua totalidade:

(...) eu acho que ela é ainda a base de sustentação para toda a mudança social e conseqüentemente, o nível da saúde da população brasileira. Ela tem o papel fundamental, eu penso que ela foi cumprida em parte e por não ter sido cumprida na sua totalidade tem uma importância crucial no meu ponto de vista no nosso país. Ela é muito importante, as bases dela continuam extremamente atuais (...). D7

A visão que o movimento pela Reforma Sanitária continua vivo e que mudou nessa trajetória de mais de vinte anos é exposta abaixo. Essa mudança é apresentada pelo entrevistado ora como “capitulação” ora como um “avanço possível”:

(...) então para mim o movimento da Reforma Sanitária continua vivo. Ele mudou um tanto as conquistas, mudou um tanto os objetivos. Acho que ele foi se adequando à realidade, dessa adequação da realidade às vezes ela significa capitulação, às vezes significa a possibilidade de avanço nesse momento histórico (...). D5

Essa noção de processo inacabado leva também em conta uma disputa política de projetos distintos que ainda se desenrola na sociedade brasileira. O futuro do SUS aparece como o futuro que a sociedade brasileira escolheu para si como se vê nessas declarações:

(...) Agora o porquê efetivamente não se executa o que se preconizava é porque é difícil fazer aquilo que está no papel, a realidade é muito mais complexa do que a assembléia final da Conferência. Uma questão importante, os setores que são hegemônicos na sociedade do ponto de vista do caráter político-econômico eles eram minoritários ou estavam ausentes na Conferência, muitos deles não participaram. Eles não legitimaram a Conferência, principalmente os setores privados poderosos, industrial, a indústria farmacêutica e tal. Então o que vai ser da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, vai ser o que os brasileiros resolverem para a sociedade como um todo não vai ser diferente, qual o caminho do Brasil para educação, ciência e tecnologia, para agricultura, vai ser coerente com o que vai acontecer com a saúde. D1

O entrevistado D1 justifica como um erro de leitura da realidade que na década de 80 se cometia:

(...) O que a gente imaginava que poderia ser diferente, você ter um subsistema, um sistema de saúde com essa característica do SUS independe do resto da sociedade. Não é assim que acontece efetivamente, a gente sofre influência da estrutura mais geral. D1

Na continuidade o entrevistado salienta que as forças políticas contrária, desde a Constituição de 1988, ganham contornos neoliberal:

(...) a gente tem uma coisa que é real no Brasil que é uma força contrária violenta. Você tem uma política nacional, nos últimos governos e nesse atual não mudou muito nisso de uma certa tendência neoliberal que é totalmente contrária aos princípios do SUS. Nós temos desde a última Constituição, você só tem digamos assim, mudanças contrárias na Constituição do espírito da seguridade social e dos princípios da 8ª Conferência e depois do SUS (...). D2

A análise de que essa continuação do movimento sanitário engloba debates contemporâneos como pólos de educação permanente, residência multiprofissional em saúde da família e o PSF são dadas nas seguintes falas:

(...) Ele foi o pontapé, o berço onde nasceu toda a concepção do Sistema Único de Saúde até o que evoluiu mais recentemente para o Programa de Saúde da Família. Tudo começou lá, então ele foi fundamental, ele não conseguiu tudo o que ele queria, se ele não tivesse acontecido nós não teríamos nada em termos de SUS e de PSF (...). D4

(...) então eu acho que algumas conquistas, por exemplo, uma coisa que acontece no último governo do Humberto Costa ministro, a criação dos pólos de educação permanente é idéia do movimento sanitário? Não estava escrito criar pólos de educação permanente, mas é uma idéia do movimento sanitário, residências multiprofissionais em saúde da família é idéia do movimento sanitário? É (...). D5

A avaliação que essa evolução tem se dado positivamente desde a VIIIª Conferência Nacional de Saúde até os dias de hoje aparece aqui:

(...) então tem conseguido avançar algumas coisas poucas, eu acho que ainda o ritmo ainda é de avanço. Não entendo que tenha havido nenhum recuo fundamental, tem não conquistas (...). D5

5.1.4 Categoria: Identificação de atores políticos envolvidos no movimento sanitário.

Aqui é exposta a leitura sobre a importância da universidade, do movimento popular e dos estudantes para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

(...) Conformado com atores sociais, a universidade teve um papel importante principalmente os departamentos de medicina preventiva, social e outros congêneres. Alguns intelectuais, alguns representantes sindicais de categorias principalmente médica e o movimento popular que já eram fortes principalmente nas capitais, nas grandes cidades do Brasil e os estudantes. Então um belo movimento social. D1

A intelectualidade de esquerda em saúde, a ala progressista da Igreja e a população mobilizada aparecem como atores desse movimento nessa leitura do entrevistado:

(...) a história da 8ª Conferência e a criação do SUS foram extremamente influenciados talvez não pudesse, não teria acontecido não sei, sem a intelectualidade de esquerda, explicitamente do setor saúde. É o pessoal que faltava nas academias que tinha uma formação política de esquerda são eles por um lado, a ala progressista da Igreja por outro lado, as próprias contradições da vida capitalista, da população que mobilizaram um tanto de gente que foi influenciado por esse pessoal. A Igreja que tinha uma inserção popular grande e a acadêmica com os intelectuais que também tinham inserção social em várias frentes (...). D2

Aqui o papel da intelectualidade da área da saúde aparece fortemente ressaltado, quase como definidor do movimento:

(...) realmente esse tema Reforma Sanitária e as pessoas da saúde me dão essa sensação, bem isso, que ela foi desenvolvida, foi escrita pelos intelectuais da área da saúde (...). D6

Os profissionais, professores e alunos em saúde aparecem nessa resposta:

(...) Eu coloco que foi um movimento onde algumas entidades, profissionais, professores e alunos, começaram discutir uma nova maneira de fazer atendimento em saúde (...). D3

Nessa percepção são listados o que o entrevistado considera “pernas” do movimento sanitário:

(...) Nós tínhamos líderes no movimento sanitário, cada setor do movimento sanitário pensava de forma diferente, na verdade era uma salada de frutas, o movimento da Reforma Sanitária. Eu escrevi textos sobre isso, eu coloco que havia pelo menos sete pernas diferentes do movimento sanitário, se você pensar sete pernas diferentes: os publicistas, os preventivistas, os intelectuais da área de saúde, os estudantes, o REME, o movimento popular de saúde e o movimento de medicina comunitária ou de saúde comunitária (...). D5

O entrevistado ao ser questionado sobre o campo político dos atores que ele listou, o mesmo pormenoriza a posição política de cada um desses, designados pelo mesmo como “pernas” do movimento sanitário:

O entrevistado fala sobre o local de onde vinha os publicistas e sua visão política:

(...) dentro do ministério da previdência por herança dos antigos IAPs tu tinha os publicistas, que defendiam a bandeira deles era: mais dinheiro para o setor público para construir mais hospitais públicos, veta a construção de hospitais privados, o dinheiro da previdência tem que ser para a

previdência, nós pagaremos bons salários para nossos funcionários que serão contratados para a previdência e trabalhar dentro dos hospitais da previdência, ou seja, a visão do governo publicistas, era uma visão publicistas, mais hospitalar (...). D5

Na continuidade, fala sobre a visão política dos preventivistas e publicistas:

(...) Os preventivistas queriam mais recursos para prevenir doenças. Eles tinham 8% do orçamento dos ministérios e do orçamento do país antes do golpe militar, com o golpe militar caiu para 0,8%, não se combate mais o mosquito. Eles tinham uma visão da transformação social? Não. Eles queriam mais dinheiro para prevenir doenças. Os publicistas e preventivistas pensavam do mesmo jeito? Não. A base do pensando deles pode se dizer que ambos eram biologicistas, pode se dizer isso, mas ambos eram contra o complexo médico industrial (...). D5

Interpretando a visão política dos intelectuais:

(...) os intelectuais da área de saúde esses tinham um modelo pensado, se você pensar o Arouca como intelectual da área da saúde, ele tinha um modelo é só ouvir a conferência dele na 8ª Conferência entende o que pensava os intelectuais (...). D5

Continua interpretando, agora sobre a visão política dos estudantes:

(...) os estudantes queriam a estatização de todos os hospitais privados do país. Em 1986, eles pediam todo o dinheiro público que foi utilizado para a construção de hospitais privados. Nós queremos a desapropriação, esse é dinheiro público e os hospitais privados serão estatais, ou seja, isso é revolução. Eles preconizavam isso na época e chamavam os intelectuais de conservadores, então os estudantes e os intelectuais estavam no mesmo campo político? Sim, não, mais ou menos, não era a mesma bandeira (...). D5

O entrevistado fala sobre a visão política do REME:

(...) a renovação médica brigava com o pessoal da medicina que trabalhava com o complexo médico industrial e com a corrupção da previdência social, os atos desnecessários, cirurgia mentirosa, esse é movimento de renovação médica (...). D5

E da visão política do movimento popular:

(...) o movimento popular em saúde a bandeira principal era a fitoterapia, defendia a utilização de chá e que não se utilizasse remédios das multinacionais, que a gente tinha possibilidade de fabricar com as ervas brasileiras (...). D5

O mesmo caracteriza a visão política do movimento de Saúde Comunitária:

(...) e o movimento de Saúde Comunitária queria que se montasse um sistema de complexidade crescente, a grande bandeira deles era essa (...). D5

O entrevistado D5 defende a tese de que esses atores (chamados por ele de “pernas” do movimento) eram movimentos com vida própria:

(...) Em 1976 a gente se dá conta do movimento sanitário e que poderia ser um movimento que era composto por movimentos fragmentados esses movimentos aqui existiam individualmente (...). D5

O mesmo entrevistado fala sobre o que considera ponto de unidade para esses atores listados por ele como membros do movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

(...) Nós éramos uma salada que tinha como unidade possível uma construção do SUS de um jeito possível de ser costurado entre todos nós (...). D5

O significado da VIIIª Conferência Nacional de Saúde dentro desse movimento aparece como um ponto de síntese dessa proposta comum entre os vários atores do movimento sanitário:

(...) Grande identidade com ele (**entrevistado se refere ao professor Sérgio Arouca**), mas era um discurso no movimento sanitário, tinha outros discursos que tinham que ser conciliados e eles começam a serem conciliados a partir da 8ª Conferência. O que significa na verdade as conciliações mais estapafúrdias possíveis (...). D5 **Grifo explicativo nosso**

Essa síntese de uma proposta comum e a aparente unificação desse atores distintos são compreendidas temporalmente até as lei orgânicas de 1990:

(...) de 1986 do ideário do movimento sanitário todo fragmentado que a gente consegue unificar na 8ª Conferência a custo de muita briga, a gente se junta por dois anos até a construção da Constituição. Consegue construir aqueles cinco capítulos, um capítulo foi manipulado, que foi retirado o sistema privado complementar ao público e a partir daí vamos brigar para aprovar lei orgânicas e nas leis orgânicas nós aprovamos duas em 1990 e nunca mais (...). D5

Sobre a força que o movimento sanitário tinha na década de 80, de onde ela provinha e os atores envolvidos são relatados pelo entrevistado:

(...) então naquela época era um movimento que tinha expressão de massa, nunca foi um movimento popular, mas tinha expressão de massa porque a Igreja nos dava respaldo, o movimento popular em saúde, os intelectuais nos davam respaldo nas universidades, os serviços de saúde nos davam respaldos nos municípios e a gente tinha dentro dos ministérios um pessoal fazendo isso. Então, a gente tinha um grupo interessante para pensar uma proposta de construção de um sistema público de saúde (...). D5

O entrevistado apresenta sua visão sobre o partido sanitário como aglutinador de várias tendências políticas distintas que se unificam em defesa da Reforma Sanitária Brasileira:

(...) o movimento da Reforma Sanitária teve um saldo positivo da maior importância que é o que a gente fala até brincando que é o partido sanitário, que todo mundo que é a favor do SUS nos marcos da reforma é do partido sanitário. Um dos maiores defensores que conseguiu que fosse aprovada junto com os deputados a Emenda Constitucional 29 que é do financiamento, era um cara do PFL. Teve um outro que batalhou enormemente que é do PMDB do Rio Grande do Sul, enfim muitos nossos aí de partidos à esquerda que obviamente fecham, então era uma coisa supra partidária porque atingiu o conjunto da população. O movimento pela Reforma Sanitária a gente pode dizer que ele tem organicidade junto do povo (...). D8

5.1.5 Categoria: O movimento sanitário vinte anos depois sofre dificuldades.

A leitura de que o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira veio perdendo forças ao longo dos anos, dado como parcela da justificativa desse enfraquecimento a entrada no aparelho do Estado, a hipertrofia de tendências e a perda do inimigo comum externo aparecem aqui:

(...) a gente tem instituído o SUS inclusive, com a força da Reforma Sanitária vinculada a partidos que ganham eleições, que assumem o poder. Grande parte da militância política e social pelo SUS entram para dentro do Estado e se transforma, porque vira uma briga interna do poder, enfraquece o vínculo real com a população. Se você está lá brigando, lá dentro da máquina do Estado você não está brigando, militando e divulgando idéias junto à população, junto aos sindicatos, às instituições organizadas, aos movimento sociais, desloca um pouco a briga para o aparelho do Estado e hipertrofia as tendências e brigas internas, que antes eram um movimento muito unificado, porque tinham a ditadura para brigar. Todo mundo tolerava as divergências, quando você entra no poder não tem mais o inimigo externo (...). D2

O enfraquecimento desse movimento em relação a sua força na década de 80 aparece novamente:

(...) o outro é o que aconteceu com o movimento sanitário propriamente dito, o movimento foi se esfacelando, se esfacelando... capilarizando por um lado, mas perdendo unidade e discurso e fazendo concessões de toda a ordem. Então, eu não acho que hoje o movimento da Reforma Sanitária seja o mesmo movimento de 1986 (...). D5

A leitura de que mudanças conjunturais importantes aconteceram depois da VIIIª Conferência Nacional de Saúde dificultam a continuidade do movimento sanitário aparece aqui:

(...) eu acho que a Reforma Sanitária, vinte anos após a Oitava, ela enfrenta dificuldades inúmeras, porque aconteceram mudanças muito graves dentro da conjuntura política nacional e internacional que dificultam sua continuidade. D8

5.1.6 Categoria: Significado como movimento de esquerda.

A ligação com o PCB e o PT:

(...) O movimento da Reforma Sanitária é um movimento de esquerda, democrático popular, a grande briga era uma briga irreal, era o partido comunista contra o PT (...). D1

A intelectualidade pertencente à esquerda:

(...) A história da 8ª Conferência e a criação do SUS foram extremamente influenciados talvez não pudessem, não teria acontecido não sei, sem a intelectualidade de esquerda, explicitamente do setor saúde (...). D2

Ligação por se tratar de um projeto socialista reformista:

(...) Uma proposta socialista reformista, sem dúvida reformista, tanto que o movimento se chama movimento da Reforma Sanitária não é um movimento revolucionário. A gente tinha uma fantasia, a gente que digo era quem pensava que com a democracia agora quem sabe, a gente vai conseguir uma Constituição progressista, um presidente de esquerda, vai ser socialista, vai ser um socialismo democrático caminho para o socialismo e em suma definitivamente era uma proposta democrática. Na ocasião a gente pensava isso, de qualquer forma, as bandeiras do SUS são bandeiras que numa democracia socialista se efetivariam, mas numa democracia capitalista são muito contraditórias (...). D5

Ligação com uma extração socialista latino-americana e italiana:

(...) a Reforma Sanitária Brasileira, o movimento pela reforma ela é inspirada na Reforma Sanitária Italiana e também nas posições de diferentes autores e sujeitos históricos vinculados à saúde que tinham uma extração socialista. E nessa condição a Reforma Sanitária foi alinhada não só, por exemplo, com os italianos, o pessoal do partido comunista italiano e o pessoal da Reforma Sanitária Italiana propriamente dita, mas também com representações do Equador, do México, aqui do Brasil, da Argentina, com pesquisadores, estudiosos e intelectuais orgânicos que trabalhavam essa questão (...). D8

5.1.7 Categoria: Ligação com a Reforma Sanitária Italiana.

Dois entrevistados apontam para essa ligação:

(...) que significou todo esse tempo desde a 8ª Conferência, desde sua origem na Reforma Sanitária Italiana (...). D7

(...) a Reforma Sanitária Brasileira, o movimento pela reforma ela é inspirada na Reforma Sanitária Italiana (...). D8

5.1.8 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado):

Um entrevistado aponta a origem do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e entende esse como uma continuidade de um movimento anterior ao golpe militar:

(...) Eu não vivenciei quando ele começou, eu não tenho idade para isso, desde que ele começou antes da ditadura, porque ele começou antes. Teve um movimento de Reforma Sanitária anterior a ditadura, que foi meio abafado com a ditadura em 64 (...). D3

(...) ele nunca foi totalmente abafado, mas ele existia com uma força antes da ditadura e no período de 64 e depois ele foi abafado, engolido, e voltou com mais força depois. Num momento, onde eu acho que não tinha mais como se esconder, que precisava de uma mudança de saúde, que tinha que vir de qualquer jeito, porque não tinha mais como vivenciar isso aí (...). D3

Um entrevistado recorda que na década de 80 existiu o que chama de terrorismo:

(...) tinha muito terrorismo, que vai acontecer uma reforma na saúde e como a saúde em Santa Catarina tem quarenta profissionais bioquímicos só vinte que vão entrar, os outros vão sair fora. Tinha esse terrorismo ainda por cima, a gente vivenciava isso (...). D3

Existe a leitura de que nem todos os professores de saúde pública se interessam pela Reforma Sanitária Brasileira:

(...) então eu acho assim, que a Reforma Sanitária, e eu sinto também que ela é muito pouco vista na área da saúde é, aliás, por alguns professores da saúde pública e nem todos. Tem uns que desconhecem a Reforma Sanitária, não discutem o valor da Reforma Sanitária, além de gente que quando está dando aula e vai falar em Reforma Sanitária chiiii... o que eu tenho a ver com isso? (...). D6

5.2. Quando questionados sobre: O que você apontaria como fratura(s) entre o(s) desejo(s) expresso(s) na VIIIª Conferência Nacional de Saúde e o SUS de hoje?

Podemos separar as respostas a essa questão em duas categorias distintas:

- Fraturas que englobam o país e o mundo. No que tange a essa categoria mais geral podemos observar que as avaliações sobre uma percepção de que o SUS é uma expressão demasiadamente progressista dentro de uma estrutura arcaica de país; a questão da disputa política que se desenrola no país e o refluxo dos movimentos sociais.

- Fraturas que englobam o setor saúde. No que tange a categoria mais restrita podemos observar que as avaliações giram sobre a concepção de saúde; apontam-se como fraturas a concepção de saúde dada no sistema de saúde; os princípios que regem o SUS; a leitura que o sistema não é único; da dimensão do setor privado; os embates políticos entre as forças contrárias ao SUS e os defensores do movimento da Reforma Sanitária Brasileira; a fratura da formação profissional; a ordenação dos recursos humanos em saúde; as condições trabalhistas; o aparato legal do SUS; sobre a administração do sistema e seus desvios.

Apesar de que a fronteira dessas duas categorias não seja sempre nítida nas percepções dos docentes entrevistados nessa pesquisa, optamos por essa classificação.

Aquelas temáticas/ elementos presentes nas percepções dos docentes que não se encaixam nas categorias descritas acima estão agrupadas num espaço destinado a temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado) para que o texto não prive as peculiaridades nas posições e leituras explicitadas nas entrevistas. Aqui, se expõem os motivos para que debates importantes levantados por um entrevistado não tenham sido feitos na década de 80, sobre a percepção exposta pelo mesmo entrevistado sobre a relação democracia e socialismo no movimento sanitário.

5.2.1 Categoria: Fraturas que englobam o país e o mundo.

A leitura de que o êxito do movimento sanitário está além do que a estrutura do país comportava naquela época histórica, de que o movimento sanitário está na contra-mão das políticas neoliberais e tem conseguido êxito é apresentada:

Eu vou falar uma coisa que não fui eu que falei, foi o Fernando Henrique Cardoso, e falou acertadamente. O que a gente conseguiu de avanço, por conta do movimento sanitário, de conseguir inserir no texto constitucional e na lei do SUS era talvez antagônico ao *status quo* do país. Traduzindo, ele tinha um caráter claramente de no mínimo de social-democracia, tinha um caráter socialista a proposta da Reforma Sanitária no bojo de um Estado capitalista. O ideário do SUS, esse é o principal problema de hoje ainda, o ideário dele não é condizente com a estrutura do país, vai ser

muito difícil implantar o SUS mesmo na forma que ele foi concebido na Oitava e mesmo na Constituição e na lei de 1990 por que existe uma disputa política (...). D1

(...) Um velho autor político marxista que é o Gramsci dizia que faz parte do papel do intelectual você defender o interesse da população, dos seus co-cidadãos e o pessoal lá na década de 70 fez isso com uma certa competência. No sentido de que acabou dando a Reforma Sanitária na contramão da tendência geral capitalista do país e do mundo e que tá aos trancos e barrancos pouco êxito, mas está andando, está sobrevivendo digamos não lá muito bem, mas tá (...). D2

(...) tem a coisa de você está envolvido numa globalização que tem uma pressão internacional muito forte, da internacionalização da economia, ganhar politicamente pela força e pela cultura e uma lógica muito de mercado e de muita dificuldade para você construir uma outra lógica social dentro do sistema de saúde (...). D2

(...) a análise que eu costumo fazer é que na Constituição Brasileira nós conseguimos uma brecha do neoliberalismo. Ele já estava hegemônico no mundo, mas ainda não era a política clara do Brasil após o golpe militar, no afã da democratização a gente confundia que a democracia seria socialismo ou algo semelhante. Nós fizemos um avanço de propostas na área da saúde que acabou ficando isolado na área da saúde, a área da saúde era o setor mais avançado da Constituição Brasileira. Aí ela ficou, na medida em que saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser atendido com políticas públicas, integral universal, isso não é uma maravilha, é um sonho (...). D5

Um entrevistado descreve um embate político entre a proposta da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto neoliberal como fratura:

(...) um primeiro embate, uma fratura como você diz, clássica da proposta neoliberal com as idéias da Reforma Sanitária porque a lei 8080 é a lei orgânica da saúde ela regulamenta a Constituição. Pelo nível de hierarquia das leis, tu tem a Constituição cujos princípios não são auto aplicáveis muitas vezes e precisam de regulamentação e a lei orgânica da saúde é uma delas a 8080 só que o Collor vetou a maior parte dos parágrafos e artigos da lei 8080 que tratavam de controle social, participação popular e financiamento. Fundo a fundo, então, ele já tira esse caráter de participação do povo e vai centralizando a história da lei. O embate político foi tão grande, as plenárias nacionais de saúde e o pessoal vinculado a Reforma Sanitária ainda estava profundamente articulado que ele foi obrigado a retroceder na sua posição e acabou promulgando a lei 8142, que é uma lei pequena porque ela contempla os vetos da 8080 (...). D8

As respostas giram sobre uma percepção de uma luta processual dependente da correlação de forças e que se apresenta como justificativa das fraturas entre o desejo e a realidade, como dada na fala do entrevistado:

(...) A diferença que era expressa na Conferência e o SUS de hoje é fruto da correlação de forças entre os atores sociais que estão em disputa. Quem era hegemônico na 8ª Conferência de Saúde não é quem tem a hegemonia na sociedade, então é óbvio que o SUS não pode ser aquilo que idealmente deveria ser. Não são problemas de gestão, essas são questões menores, claro que elas e-

xistem, nem problema de corrupção apesar de existir, não é essa a questão, é que existe um confronto político ideológico (...). D1

A visão de que as fraturas são decorrentes da disputa ideológica e de concepções distintas de saúde na sociedade é exposta aqui:

(...) esse é o quadro político, são as fraturas de caráter ideológico, tipo basicamente político- ideológico, em relação a concepções diferentes de saúde (...). D8

Uma leitura interpretada como fratura é o refluxo dos movimentos sociais no país em consequência da ação do modelo neoliberal, já que esses seriam forças impulsionadoras da luta pela Reforma Sanitária Brasileira:

(...) o momento atual de chamamento de articulação é muito complicado, não se consegue uma articulação popular, uma articulação de massa facilmente, momento de neoliberalismo, de refluxo de movimentos sociais, acho que pega forte o movimento sanitário essa é uma fratura que tem hoje. O neoliberalismo atuou nos movimento sociais e deixou os movimentos sociais meio a nocaute, eles não estão completamente nocauteados, mas meio a nocaute (...). D5

5.2.2 Categoria: Fraturas que englobam o setor saúde.

A existência de fratura sobre a concepção do processo saúde – doença, como insatisfação da não expressão de uma visão privilegiadora da dimensão social (determinante social do processo saúde – doença) aparece aqui:

(...) acho que a principal lacuna, o principal *gap* entre o que estava expresso na época da 8ª Conferência e o SUS. Eu acho que a gente tem muito ainda a resgatar do papel social, da estrutura social do país como determinante dos problemas de saúde. Isso foi uma coisa que a gente não conseguiu incorporar de fato na definição de estratégia, nas identificações e definições de problemas. No meu ponto de vista conceber a determinação dos problemas de saúde como problema social e, portanto não considerar que a estrutura social, as classes sociais que definitivamente existem no nosso país dificilmente, a gente consegue avançar mais dentro do papel que a saúde propriamente dita tem (...). D7

A deficiência e mesmo a falta completa de atender a realidade brasileira e os desejos expressos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira através dos princípios que regem o SUS, são expressos por vários entrevistados:

(...) O que se idealizou lá, é o que hoje acontece sim. Só que tem que acontecer mais, ele ainda não atingiu os mais necessitados tanto os das cidades como na área rural. Os necessitados das cidades eles estão excluídos não só da saúde, eles estão excluídos de tudo, educação, segurança, emprego uma série de coisa. Então, eu acho que precisa chegar aí, eu espero que chegue, aí é uma luta que não é só da saúde (...). D3

(...) aquele SUS com controle social de fato não existe, integralidade de fato não existe, a universalidade é excludente (...). D5

(...) o controle social não se efetivou então, nós temos hoje o controle social na Carta, na Constituição, nas leis orgânicas e não acontece. Então nós temos conselhos de saúde que não funcionam, que são manipulados pelas secretarias, nós temos movimento social ausente. Nós tínhamos o delírio naquela época que tudo passaria pelo movimento social, que passaria como uma avalanche e faria uma transformação social no país, então nesse momento nós não temos isso (...). D5

Eu acho que o desejo aquele da igualdade, no sentido de atendimento para todos da possibilidade de chegar lá (...). D6

(...) quantas pessoas estão fora do SUS ainda hoje? O sonho dos idealistas da Reforma Sanitária é que hoje já tivesse muito mais que nós temos hoje (...). D6

A fratura de que o sistema não é único, e que o setor privado continua grande, a dificuldade de se enfrentar o setor privado em saúde, é dada nas respostas dos entrevistados:

(...) Eu acho que isso é uma contingência da contra-mão que a gente anda e são intromissões, digamos assim, um vampirismo do mundo privado no sistema público que é muito grande, mas você tem que conviver com isso. A força política da estrutura da medicina privada-industrial no país é muito grande não dá para viver completamente independente desse povo, por que esse povo está dentro da estrutura formadora de profissionais que controla uma boa parte dos recursos. Se você pensar a coisa de alta complexidade e alto custo está nas mãos deles (...). D2

(...) O que eu acho que não aconteceu é realmente o SUS se tornar o sistema de saúde hegemônico do país. Isso não aconteceu, porque existe um outro sistema que é o privado que continua lutando por espaço, uma briga de poder. Então o SUS ocupou um espaço e o outro sistema que é o particular, que é movido principalmente pelos convênios de saúde continua existindo, brigando e sempre querendo ter mais lugar. E com isso a população brasileira se dividiu por um lado, quem pode pagar utiliza o sistema particular, tem convênio, e quem não pode pagar, usa o SUS (...). D4

(...) a gente pensava que estávamos construindo o socialismo lá e não estávamos, democracia não era socialismo. A gente ia conviver com pessoas conservadoras e fazer articulação com o privado que era uma coisa que não pensávamos. Queríamos um setor público sonho meu, isso não estava pensado e eu não gostaria que isso tivesse acontecendo, mas o movimento econômico conduziu para isso (...). D5

Os próprios atores sociais contrários ao SUS aparecem na fala do entrevistado:

(...) A hegemonia da sociedade não aceita, os setores empresariais, a livre iniciativa privada, não aceita muitos dos pressupostos do SUS. O SUS tem um caráter socializante a exemplo do que acontece em outros países que convivem com o estado capitalista, apesar de os sistemas serem públicos estatizantes até, o exemplo da Inglaterra e do Canadá eles são nítidos. E nesses lugares eles tem força social suficiente que, a despeito do sistema ser capitalista, eles não conseguem mexer na estrutura social do sistema de saúde na Inglaterra ou no canadense. D1

Esses atores contrários, aqui apontados como defensores das especialidades médicas, são responsabilizados por fraturas como dada nessa fala do entrevistado:

(...) talvez uma terceira fratura respondendo a pergunta é um nó mais complicado ainda, que é montar um sistema de retaguarda já é capenga. É mais difícil ainda que você tem todo o mercado de especialidades que é contra esse negócio, se funciona bem a retaguarda especializada no SUS um mundo de hospitais e especialistas perdem clientes é um problema de mercado (...). D2

As fraturas também são expressas como constatações na interpretação do entrevistado como se pode ver abaixo:

(...) Eu diria que tem duas grandes fraturas que eu vejo, que é um descompasso até compreensivo entre a gestão administrativa, burocrática, política do SUS que é relativamente complexa e bem elaborada do ponto de vista jurídico, político e social, não é ruim comparada com outros países, é até muito bom e a concretude disso na atenção à saúde da população em todos os ambientes, na promoção, na prevenção, no tratamento. O desdobramento final dos serviços para a população ainda é muito precário, eu acho que é uma das primeiras fraturas digamos assim (...). D2

Aponta-se como fratura a própria formação dos profissionais de saúde, da mesma maneira como a não ordenação dos recursos humanos em saúde pelo SUS, são expostas como importantes fraturas nas declarações abaixo:

(...) A gente pega uma herança de profissionais formados que são extremamente ruins, pouco capacitados e pouco motivados para aprender a trabalhar no esquema de saúde pública, legal com responsabilização. Então tem essa fratura em relação ao aparelho formador e esta está sendo mais difícil de ser trabalhada do que a coisa política, social, da implantação da gestão, dos serviços (...). D2

(...) recursos humanos compete ao SUS desde 1988 está escrito isso, mas nunca aconteceu, bota fratura nisso (...). D5

Sobre as condições trabalhistas e dos recursos humanos dentro do sistema é lembrado que:

(...) No sistema de saúde nós temos muitos problemas: os funcionários são mal pagos, especialmente os outros profissionais, que não o médico, não tem um plano de carreira de cargos e salário que tinha que ter qualquer sistema de saúde organizado tem um plano de cargos e salários, você não tem uma política de recursos humanos adequada às necessidades da população brasileira então nós temos coisas de toda a ordem. Então nós estamos tentando resolver assim pontualmente com os PROMEDs da vida, mas é uma coisa que mexe, mas não é política social, é uma política de remendo (...). D5

Quanto à fratura em relação ao aparato legal do SUS é expresso através da deficiência de leis orgânicas na visão de um entrevistado:

(...) Não temos nenhuma lei orgânica que aprova o SUS. Eu sei que você vai perguntar depois sobre as fraturas, já posso te adiantar isso, leis orgânicas que disciplinam as conquistas da Constituição não existiram (...). D5

(...) não conseguiu avançar mais com leis orgânicas, então nós temos um hiato entre o ideário de 1988/89 e o que aconteceu. E a gente não conseguiu aprovar lei na legislação, isso é um lado da verdade (...). D5

O mesmo entrevistado expressa sua insatisfação em relação ao modo como o sistema de saúde é gerido legalmente:

(...) conseqüentemente o que aconteceu de 90 para cá é administração por portarias basicamente, são as portarias que determinam o funcionamento. Tem decretos, no máximo decretos quando você consegue é um grande avanço e o resto são portarias, são normas operacionais (...). D5

A noção de administração pública é exposta por entrevistado:

(...) Eu acho que falta aí uma vontade pública, no sentido de bem público, quando falo de bem público é bem público. Falando em políticas públicas são políticas para o bem público e não política qualquer, politicagem alguma coisa do tipo (...). D6

As fraturas do sistema em relação à corrupção e mau atendimento nos serviços aparecem nas entrevistas:

(...) Eu não aceito que um cidadão de Santa Catarina que, vamos supor, tenha um problema lá no Paraná e tem que ser atendido lá pelo SUS também, no centro de saúde, pegar medicação. Isso é muito complicado ainda, até entre municípios isso é muito complicado. E se o SUS é para os brasileiros em qualquer lugar que o brasileiro vá... eu vejo dificuldade aí, de ser atendido de um lugar para outro (...). D3

(...) e tem que ir melhorando, eu acho que principalmente em relação à corrupção, de mau atendimento, desvio de dinheiro, isso tudo tem que aos poucos fechando para eliminar o máximo possível esse tipo de coisa (...). D3

(...) você tem uma central de marcação de consulta, para a marcação de atenção secundária, com um monte de corrupção no meio, com falsas demanda colocadas no meio (...). D5

(...) um papel diretamente na educação, essas pessoas vão conquistar a percepção, a cobrança para não ter desvio, para não ter corrupção, para fazer valer o que está na Conferência há tantos anos já (...). D7

5.2.3 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado):

O entrevistado D5 é questionado sobre o apontamento que ele faz de que se acreditava estar construindo o socialismo na década de 80 e que a democracia era sinônimo de socialismo para alguns naquele momento histórico. O mesmo aponta que os teores dos princípios do SUS caberiam numa democracia socialista (não numa capitalista) e fala um pouco sobre como alguns pensavam na década de 80 (inclusive ele):

Por outro lado quando você vai discutir um SUS que tenha equidade, universalidade e integralidade disso cabe numa democracia capitalista? Nós achamos que não. Quem determinava esse caráter no SUS? Quem puxava esse caráter era os intelectuais com certeza, era quem dizia “SUS equidade, integralidade e universalidade topamos” todo mundo topava isso mesmo meio levado. Eu acho que a intelectualidade era vanguarda nessa época, por outro lado nós estávamos saindo da ditadura que foi dura e a gente tinha uma confusão na verdade que a ditadura era o capital, o capitalismo exacerbado, e que nós teríamos uma democracia que não seria capitalista. Nós tínhamos o modelo do Allende como uma proposta, uma democracia que se elegeria um presidente socialista e o presidente socialista transformaria o país em um país socialista. Tínhamos a ilusão a respeito disso (...). D5

(...) eles levaram uma proposta de que talvez a democracia que nós tivéssemos seria uma democracia socialista, portanto o SUS se enquadrava nessa possibilidade. Nós éramos contra a ditadura militar e contra o complexo médico industrial, é o capitalismo na área de saúde. Nós éramos contra o capitalismo na área de saúde, sem capitalismo na área de saúde que história é essa? (...). D5

Existe uma leitura de que é possível construir o que se compreende que falta na saúde pública brasileira. Aqui a história não acabou:

(...) nós estamos tentando avançar, tem coisa que a gente não conseguiu, mas não tem nada que diga que “nunca mais conseguirão”, não! Acho que depende de articulação da gente, que em tempos de neoliberalismo não é uma coisa simples (...). D5

5.3 Quando questionados sobre: O que você considera um debate importante para a saúde pública brasileira que não estava contemplado, pelo menos de forma satisfatória, no movimento da Reforma Sanitária Brasileira/ VIIIª Conferência Nacional de Saúde?

As respostas a essa questão foram agrupadas em duas categorias diferentes:

- Debates não contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80. Nessa categoria é composta pelas leituras que apontam debates que não foram contemplados, pelo menos de forma satisfatória, que são considerados pelos entrevistados como sendo não contemporâneos da Reforma Sanitária Brasileira/ VIIIª Conferência Nacional de Saúde e que, portanto isenta o movimento sanitário de uma certa responsabilidade por não debater essas questões. Aqui se expressam a questão da bioética, da promoção de saúde, da qualidade de vida e a dimensão das cidades saudáveis.

- Debates contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80. Essa segunda categoria composta pelas leituras que apontam debates importantes que estavam numa dimensão possível de serem contemplados nos debates da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, mas que os entrevistados apontam para outras duas subcategorias:

- Não consideram presentes (primeira subcategoria), expressam setores internos da saúde que não foram contemplados, a formação de recursos humanos/ o papel da universidade (como elementos centrais) e a mudança de paradigma da saúde (como elemento central)

- Não se satisfizeram com os debates que aconteceram (segunda subcategoria), expressam o papel da visão social na saúde, ciência e tecnologia, a saúde da mulher, as práticas alternativas e populares em saúde, financiamento do SUS, o consenso maior sobre o significado dos princípios do SUS, relações público/ privadas e a gestão pública.

Aquelas temáticas/ elementos das percepções dos docentes que não se encaixam nas categorias descritas acima estão agrupadas no final dessa subseção em um espaço próprio. Aqui se expressam a justificativa para debates importantes não estarem presentes, o papel de um governo a favor da Reforma Sanitária Brasileira e a questão tecnológica na década de 80 é mais bem por-menorizada.

Antes de apresentar essas duas categorias e as subcategorias envolvidas me parece importante dizer que as repostas tiveram curiosamente uma dificuldade de serem expressas. Quase

sempre o primeiro ímpeto de resposta a essa questão expressava claramente uma dificuldade, como podemos ver nessas declarações:

Eu não considero que não tenha nada muito importante que não tenha sido levantado naquela (...). D1

Difícil escolher temas que não estavam contemplados, eu acho que do ponto de vista do discurso até na 8ª Conferência, na construção do SUS, quase todos os temas importantes estavam lá contemplados: do ponto de vista de você vincular atenção, cuidado clínico com prevenção e promoção isto estava lá, a coisa da integralidade estava lá e tem um movimento grande construindo e debatendo isso. A coisa do controle social e da participação popular da gestão estava lá (...). D2

A princípio eu não vejo o que estava lá e não está agora, eu vejo que mais uma questão de evoluir as coisas, eu acho que na teoria tá tudo legal, mas na prática tem muito problema (...). D3

Eu não sei, porque eu acho que as realidades mudam. Eu penso como é que a gente pensava a saúde em 1986, nós éramos ingênuos? Não sei tá (...). D5

5.3.1 Categoria: Debates não contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80.

Existe nessas leituras uma percepção de que esses debates se situam cronologicamente mais recentes dentro do setor saúde. Deste modo podemos entender as seguintes afirmações dos entrevistados sobre:

A bioética e as questões derivadas dela:

(...) Talvez não tivesse debatido porque não era contemporânea para aquela época toda a questão derivada da bioética, essa complexidade da linha (...) não era da agenda da Reforma e não era de ninguém naquela época, são vinte anos. E nós estamos tendo problemas com as pesquisas, está vendo a pressão da Igreja Católica, a questão das células tronco, transplantes, eutanásia. Então essa questão da bioética que é mais recente, eu acho que ela não foi muito discutida até porque os problemas eram anteriores (...). D1

A promoção de saúde:

(...) A promoção de saúde que não era um tema muito enfatizado na época porque naquela época não estava acontecendo promoção de saúde. Cresceu na saúde pública digamos assim nos últimos vinte anos, de lá para cá isso talvez isso, mas eu acho que a Reforma Sanitária e o SUS estão sendo permeados fortemente pela questão da promoção que é uma coisa recente e que eu diria que não estava contemplado (...). D2

Questões de qualidade de vida e a dimensão das cidades saudáveis:

Olha eu não tenho muita certeza em relação a isso, mas acho que algumas questões de qualidade de vida, talvez, mais amplas que foram surgindo depois, questões relacionadas às cidades, aos ambientes nas cidades, que foram surgindo depois, que surgiu aquele movimento cidades saudáveis que foi um pouco depois do movimento da Reforma Sanitária. Eu acho que essas questões um pouco mais sistêmicas, ecológicas, de cidade como um todo, talvez essas tivessem faltando, mas eu não tenho certeza quanto a isso. D4

5.3.2 Categoria: Debates contemporâneos ao movimento sanitário na década de 80.

5.3.2.1 Subcategoria: Não consideram presentes.

A questão sobre setores internos da saúde não serem satisfatoriamente contemplados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira acha-se expressa na declaração do entrevistado:

(...) Em relação a outros temas que não são adequadamente contemplados talvez um pouco da questão da saúde mental. Embora, porque leva em conta a história da Reforma Psiquiátrica meio em paralelo tenta andar junto, mas a permeabilidade dos serviços do SUS e até a cultura da Reforma Psiquiátrica que começou a cerca dos serviços paralelos de atenção à saúde mental alternativos ao manicômio, meio em paralelo como são os CAPS que não é o Centro de Saúde, é uma coisa meio especializada. Eu acho que falta, que não está contemplada, é uma interseção maior, está na literatura que praticamente um quinto da demanda do serviço básico de saúde está envolvido com saúde mental e a gente tem pouca capacidade de trabalho nessa área no SUS misturado com as outras. A saúde mental é meio paralela, tem movimento para tentar incorporar, mas é pouco por causa da formação muito médica, biologicista (...). D2

A questão da formação dos recursos humanos, a universidade e a mudança de paradigma aparecem na percepção desse docente como elementos centrais de um debate pela Reforma Sanitária Brasileira (leitura que o mesmo faz é que desse jeito não estavam pensados na década de 80):

(...) não tínhamos pensado na centralidade que era mudar a formação dos recursos humanos. Isso também não era uma pauta pensada na 8ª Conferência. E hoje a gente sabe que sem passar por uma mudança de paradigma, romper com o paradigma anterior, paradigma de pensar saúde e doença como uma coisa biologicista, fragmentada senão rompe com isso você não muda o sistema de saúde. Para romper com isso tem que mudar com isso, vitalmente as universidades, não estava pensado isso (...). D5

5.3.2.2 Subcategoria: Não se satisfizeram com os debates que aconteceram.

A questão sobre o papel que a dimensão social e política tem sobre os problemas de saúde da população aparece na percepção do entrevistado:

Olha... talvez seja mesmo a mesma resposta da dois. Talvez seja mesmo a discussão política, social, o papel da sociedade não que não tenha sido, mas de maneira satisfatória. Talvez isso pudesse ter sido feito de maneira mais concentrada, mais forte, mais condensada. D7

A questão do binômio ciência/ tecnologia aparece na percepção do entrevistado:

(...) A questão da ciência e tecnologia talvez um pouco menos abordada, hoje a gente sabe que a evolução se dá pelo conhecimento e com certeza ter um sistema de ciência e tecnologia autônomo com investimento, é muito importante, talvez isso tenha sido menos. A gente deu uma ênfase para a estruturação do sistema de saúde em si mais de prestação de serviço de saúde e talvez a conformação do aparato institucional da educação médica e da área de saúde, dos imunoderivados, dos institutos de pesquisa, isso tenha sido pouco contemplado (...). D1

De uma forma distinta dessa percepção acima aparece a questão tecnológica como sendo para alguns na década de 80 um debate não central:

(...) “nós temos que investir em tecnologia” e na época eu dizia que não tem que investir em tecnologia porra nenhuma! Nós temos que resolver a atenção básica. Então a gente não discutia tecnologia, os que discutiam ficaram isolados e não era o setor de tecnologia, era dentro do setor saúde (...). D5

A temática sobre a saúde da mulher é apontada:

(...) Para mim foi a questão do movimento feminista em relação às propostas de saúde da mulher. Essa discussão, essa briga, é antiga e clássica é que em 1983 no final do governo Figueiredo, o movimento feminista consegue espaço no Ministério da Saúde e organiza o Programa de Saúde Integral à Saúde da Mulher que não era um programa do tipo vertical só para mulher. Ele era o conjunto de estratégias que fazia com que nós mulheres tivéssemos o atendimento nas nossas questões de saúde desde o nascimento até a morte e não somente no ciclo reprodutivo como eram os programas clássicos de materno infantil, planejamento familiar, essas coisas assim. Só que como movimento sanitário não absorvia muito a posição do movimento feminista são dois movimentos sociais em jogo nessa época, ambos estavam junto nas lutas pela democratização do país, pela própria Reforma Sanitária. Na Oitava nós tivemos representação, uma série de coisas, tanto que a partir da Oitava nós tivemos a primeira conferência temática Conferência Nacional sobre Saúde da Mulher saiu decorrente da Oitava. E aí a gente retirou as propostas voltadas à questão da mulher e entre elas era o PAISM e os camaradas da Reforma Sanitária resolveram achar que não era mais importante porque como eles defendiam a integralidade das ações em saúde e as ações deveriam ser horizontais (...). D8

O mesmo entrevistado afirma que a posição de não contemplar o debate sobre a saúde da mulher não se tratava da discussão sobre se o programa era vertical ou não, mas sim de uma

questão ideológica (como expressão do machismo dentro do sanitarismo brasileiro). Soma-se a essa percepção uma crítica ao PSF como programa vertical:

(...) teve muita discussão sobre isso até que nos dias de hoje os companheiros sanitaristas estão felicíssimos com o programa vertical que é o Programa de Saúde da Família. Portanto a questão era ideológica, ou seja, de uma posição da esquerda machista contraditória e isso aí é um problema que não foi tratado de forma satisfatória dentro do movimento sanitário e que poderia ter sido mais bem equacionado (...). D8

Sobre as chamadas “práticas alternativas” aparecem na percepção do entrevistado:

(...) Uma coisa que eu talvez ache pouco contemplado é um viés meu de formação no serviço também, no meu trabalho como profissional de saúde do SUS, depois pouco de prática que tive como burocrata do SUS, trabalhei na gestão do SUS e agora como professor é um pouco das práticas populares e das práticas alternativas que foi deixado meio de lado pelo SUS pelos gestores em geral. É um negócio muito pouco estruturado e explorado na universidade também é em toda a área da saúde muito formal, então eu acho esse tema pouco explorado embora lá na 8ª Conferência estava muito claro que acesso a outros tipos de conhecimento que não o científico e oficializado. Isso é uma unanimidade em todos fóruns e conselhos de que tenho notícias tanto estadual, nacional, quanto municipais e locais. O pessoal sempre que tem acesso a algum tipo de atividade, de outro tipo de tratamento fitoterápico, mais popular, homeopatia e agora que a acupuntura está na moda, o pessoal reivindica muito e, quando tem, busca muito isso. É uma coisa relativamente pouco explorada (...). D2

A indignação por essa deficiência sobre as práticas alternativas é expressa na fala:

(...) Num país com essas dimensões e com a riqueza cultural que tem isso poderia ser muito mais explorado, facilidade de acesso e com uma rede de cuidado, com parcerias não institucionais, mas que fazem esse tipo de cuidado com outros atores sociais que não são os profissionais oficiais da ciência. Em alguns lugares do nordeste isso é um pouco mais explorado, no interior por iniciativas locais as coisas acontecem, mas do ponto de vista da Reforma Sanitária e do SUS é relativamente pouco (...). D2

A questão sobre o financiamento do sistema aparece:

(...) nós tínhamos pensado em financiamento naquela época que um x de financiamento era suficiente. O Ministério da Saúde tinha oito por cento do orçamento isso é insuficiente hoje, a gente tem clareza que 15% que está na Constituição proposta pela lei, pela PEC é pouco. Porque o que é a saúde para nós aumentou muito, a população envelheceu, as demandas por tecnologia são muito maiores (...). D5

Sobre a percepção de que o movimento sanitário não tinha um aprofundamento (como suficiente debate) e um consenso claro entre seus atores sobre os próprios princípios que regeriam o Sistema Único de Saúde aparecem expostos aqui:

(...) o aprofundamento das palavras o que é integralidade? Não estava dado isso, cada movimento destes pensava de um jeito (...). D5

(...) Equidade, agora os caras estão com um discurso de tratar desigualmente os desiguais isso o capitalismo fez a vida inteira sempre tratou desigual os desiguais, mas não é isso que a gente quer. Ver o pobre vai ter mais, o rico não, isso não é equidade, isso não é universalidade, tem desentendimentos no movimento sanitário (...). D5

As relações público/ privadas aparecem na leitura de um entrevistado como debate frágil no movimento sanitário:

(...) tinha uma porção de coisas que a gente não sabia como iam funcionar, as questões das relações público/ privadas não estavam pensadas (...). D5

A questão da seriedade com a gestão pública aparece novamente:

Eu acho que tudo passa pela questão da seriedade da política pública, eu não vejo como debater nada, nenhum assunto que não seja a seriedade, a aplicação dos recursos, a aplicação dos recursos na área da saúde, o custo dos nosso medicamentos (...). D6

(...) eu estou te falando de toda essa coisa dos medicamentos, da falta de seriedade, da quantidade de equipamentos que nós temos jogados por aí. O político que compra um equipamento para mandar para uma cidade que não tem nem como instalar coisa desse tipo, por exemplo. D6

5.3.3 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado).

Ao ser questionado o entrevistado D5 sobre como são possíveis que questões fundamentais, inclusive apontados pelo próprio entrevistado ao longo de toda a entrevista como para citarmos como exemplos, as relações público-privadas (5.3.2.2), a questão da formação dos recursos humanos (5.3.2.1), da tecnologia (5.3.2.2), enfim debates fundamentais para a construção de um sistema de saúde não serem abordados na década de 80 (pelo menos de forma satisfatória) na percepção dele sobre o movimento sanitário. O mesmo aponta ser produto de vinte anos de ditadura (culpabiliza a ditadura militar):

A grande diferença, Yasser, é que você é produto de 2006/2007 e que a gente em 1986 era produto de vinte anos de ditadura. Isso não se discutia, a gente não tinha um sistema de saúde e nós tínhamos informações fragmentas em relação às possibilidades de montar um sistema de saúde (...). D5

O mesmo entrevistado dá outra justificativa:

(...) mas não estava pensado porque o sistema estava começando a se organizar então, isso não estava nem previsto, só foi aparecendo agora as coisas que aparecem agora (...). D5

Uma perspectiva de unidade do movimento sanitário através de um governo aparece aqui:

(...) só um governo que queria realmente implantar a Reforma Sanitária vai conseguir estimular a rearticulação da Reforma Sanitária. Esse governo o que fez foi cortar o orçamento da saúde ontem, não sei se você viu? Seis bilhões a menos, não tem Reforma Sanitária que sobreviva a isso. Nós precisamos de mais recursos para capilarizar o que a gente pensa em conquistar, quando se faz parceria com prefeitura precisa de recurso, quando se faz reforma curricular precisa de recurso, e tudo isso não está pensado porque não temos um governo que realmente queria fazer isso (...). D5

O entrevistado D1 apontou a questão tecnológica e de produção de conhecimento como sendo um debate não satisfatório dentro do movimento sanitário da década de 80. Ao ser questionado sobre o recuo do movimento sanitário entre a VIIIª CNS – que apontava a necessidade de uma indústria farmacêutica estatal e a Constituição Federal – cujo item some da pauta por ser “contraditório” ao conjunto do relatório final, a resposta é a seguinte:

Não tinha força política para passar, e o risco de você desmoralizar por conta de uma medida. Seria mais radical, mas não seria de fato implementada. Agora independente de ter uma totalmente estatal existia uma alternativa que seria de uma competição do Estado e da iniciativa privada através de fortes investimentos em ciência e tecnologia, imunoderivados, medicamentos e de fato não ocorreu. Tinha a FURP que seria uma grande alternativa de produção de medicamentos em escala populacional, e a gente se rendeu e acabou eu acho que não dá mais, se você conversar com o pessoal da farmacologia e tal essa corrida do conhecimento nós perdemos, não tem mais como... o Brasil está antenado para que área? Agricultura, biodiesel, porque a gente ainda tem capacidade competir no cenário internacional, se não tiver grana, aporte financeiro, nós não temos como, isso é uma coisa complicadíssima, a gente vai ter que de alguma forma depender da indústria farmacêutica. O que está gerando uma outra forma de luta, os protestos na África, a questão da AIDS e tal, de ter uma diferenciação da indústria farmacêutica em relação aos grandes problemas de saúde pública da humanidade, medicamento mais barato, por exemplo, mais isso também é outra coisa complicada, luta política mesmo e de relações internacionais. O Brasil sempre foi muito tímido, mas que recentemente, até na época do próprio Serra (**refere-se a José Serra, ex- ministro da saúde**), quando ministro, teve quebra de patente o que efetivamente a Índia fez, a África do Sul fez, então depende da relação de força mais internacionais. D1 **grifo explicativo nosso**

Ao ser questionado sobre o sentido da produção tecnológica o entrevistado explicita melhor sua visão:

Hoje a gente tinha que assumir alguns produtos estratégicos, entendeu? Porque hoje 90% do que é investido em ciência e tecnologia, indústria farmacêutica ou na pesquisa básica é para resolver o problema de menos de 10% da humanidade, e 10% de dinheiro tem para resolver 90% dos problemas da humanidade. Ou seja, se você entrar na lógica de ficar produzindo antibiótico de última geração, não é essa! Agora antimalárico, o Brasil tem malária! Ninguém estuda malária. Nós somos o segundo país do mundo em hanseníase, não sei se você sabe? Só perde da Índia em casos de hanseníase por ano de diagnóstico, nós somos uma área endêmica. É agenda antiga junto com a nova, é triste isso hanseníase, malária, dengue, febre amarela (...). D1

(...) Tem que definir áreas estratégicas talvez a coisa dos imunoderivados, a questão da AIDS, eu não estudo isso, mas imagino que a gente poderia definir. A gente não vai conseguir competir com os caras em todas as áreas, mas aquilo que é estratégico para o país que a iniciativa privada não tem o menor interesse, porque a iniciativa privada não está afim de cidadão, ela quer vender para consumidor. E o consumidor tem um perfil epidemiológico diferente do cidadão brasileiro, a doença crônica degenerativa – é verdade que está acontecendo – esse é perfil de país melhorzinho, mas nós temos morte por diarreia ainda no Brasil, falta de saneamento básico, esquistossomose, malária, chagas. O Brasil tem chagas pra caramba ainda! As coisas parecem agenda superada, vive com problemas antigos e novos. Os problemas novos incorporam os consumidores, o mercado dá conta de alguma forma, agora, os problemas antigos, o mercado não tá muito interessado. Determinados tipos de câncer, você sabe qual é o segundo câncer em óbitos no Amazonas cara? Pênis! Acredita numa coisa desta, isso não tem medicamento é questão educacional, de higiene, de condição de vida para isso não tem indústria farmacêutica que vai resolver problemas desse tipo (...). D1

5.4 Quando questionados sobre: O movimento da Reforma Sanitária Brasileira debateu questões para além do setor saúde, algumas de forte caráter conjuntural da época, mas também de caráter estrutural. Qual (ais) é (são) a (s) dificuldade (s) de caráter estrutural do Brasil e do setor saúde que obstaculizam a realização de um setor saúde conforme expresso na VIIIª Conferência Nacional de Saúde?

Existem aqui duas categorias distintas que são respectivamente:

- Obstáculos de caráter estrutural do Brasil: No que tange a essa categoria mais geral podemos observar que as avaliações giram: sobre o sistema capitalista como empecilho ao SUS, a questão política, a questão ideológica, a questão cultural, as injustiças sociais, as desigualdades sociais, o uso da máquina pública pelas elites em benefício próprio e a disputa política dentro da máquina pública.

- Obstáculos de caráter estrutural do setor saúde: No que tange a essa categoria mais res- trita podemos observar que as avaliações giram sobre o poder do setor privado em saúde, as rela- ções público/ privadas, o Estado como privilegiador do setor saúde privado numa sociedade capi- talista, a falta de identidade dos profissionais em saúde com a Reforma Sanitária Brasileira, o corporativismo médico e o financiamento do setor saúde.

Aquelas temáticas/ elementos das percepções dos docentes que não se encaixam nas cate- gorias descritas acima estão agrupadas num espaço destinado a temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado) para que o texto não prive as peculiaridades nas posições e leituras explicitadas nas entrevistas. Expressa- se uma reclamação sobre a formulação da pergunta, o significado da VIIIª Conferência Nacional de Saúde e sobre como o setor saúde pode avançar.

5.4.1 Categoria: Obstáculos de caráter estrutural do Brasil.

A visão de que o caráter da Reforma Sanitária Brasileira estava além da realidade social brasileira e a questão do próprio sistema capitalista ser posto em cheque aparece nas percepções dos entrevistados:

O que determina que tudo aquilo não esteja conquistado é uma questão de estrutura do modo capi- talista. Nós não vamos conseguir um Sistema Único de Saúde que a gente espera ter no modo de produção capitalista, muito menos no neoliberalismo. A nossa proposta inicial não era uma pro- posta adaptável ao modelo capitalista (...). D5

O primeiro, estrutural, é que o nosso país é um país capitalista e a sociedade é burguesa. O Estado também o é, ele não surge do nada, ele surge de uma sociedade capitalista. Se ela é capitalista en- tão ela é organizada em classes e, portanto a gente convive com a questão da luta de classes de uma forma cotidiana e básica no convívio dentro de uma sociedade capitalista e de uma sociedade burguesa. Aí entra um problema grave em relação ao SUS, porque se ele tem como princípio a u- niversalidade, que é um sistema de saúde de cobertura universal destinado ao conjunto da popula- ção como um todo, ricos, pobres, pagantes e não pagantes. Quando você faz o conceito de univer- salidade some do país a idéia do cidadão indigente, rompe esse conceito de indigência, todos so- mos cidadãos brasileiros. Aí é uma contradição básica numa sociedade de classe e também dentro dos marcos do capitalismo como fazer integralidade, universalidade e equidade se a sociedade é desigual. Como é que eu vou propor coisas iguais entre os desiguais, como que eu posso. A con- cepção de direito à saúde, que é o conceito da Reforma Sanitária, de cunho socialista inclusive, com o conceito de mercadoria, que é a posição da nossa sociedade capitalista de nossos serviços privados (...). D8

A percepção de que o modelo neoliberal se constitui num entrave ao SUS:

Eu penso que especialmente os do país, eu acho que nós tivemos uma sucessão de governos de caráter ou de cunho neoliberal. Eu não sei se são neoliberais ou não, mas tiveram caráter neoliberal, com isso a conduta não foi priorizar políticas sociais, foi priorizar o pagamento da dívida, foi priorizar as demandas do setor capitalista, setor financeiro internacional. Com isso, falta recurso para poder realizar o setor saúde decentemente, aí todos os setores têm cortes a população não tem políticas sociais e o setor saúde que tem um baixo financiamento, muito baixo financiamento. Nós temos proporcionalmente menos de um décimo do recurso do Canadá, por exemplo, o Canadá tem um sistema único de saúde que consome 3.700 dólares per capita, nós consumimos 370 dólares. Então com 370 dólares dá para montar o sistema de saúde que a gente tinha sonhado? Não. É um problema financeiro conjuntural? Não é conjuntural, na verdade depende da estrutura que é o jeito que se organiza a comunidade financeira internacional, a derrota dos países ditos socialistas que não têm mais enfrentamento nenhum, o domínio do capitalismo e do neoliberalismo que imprime uma política econômica, que o Brasil ou se ajusta ou dança (...). D5

(...) a dificuldade que acontece é que um conceito ampliado de saúde dentro de uma política pública de caráter universal, que tenha integralidade e equidade, ele é praticamente impossível dentro dos marcos do capitalismo e foi isso que causou os impasses que são daí decorrentes. Ela consegue se sustentar razoavelmente dentro de um sistema social democrata, de um Estado social democrata, um Estado do bem-estar social, agora dentro dessa etapa neoliberal do capitalismo, é praticamente impossível garantir, e essa é a fratura grave que nós tivemos (...). D8

Em relação ao Brasil, de forma geral, os entrevistados apontam a questão política (como disputa sobre o caráter do Estado):

(...) O caráter da Reforma Sanitária Brasileira era no mínimo social democrata, um Estado forte regulando a iniciativa privada, teve um debate muito grande na Conferência, se deveria ser público, estatal só, ou se deveria ser público com participação privada, mas com o controle do setor público. Essa discussão foi no voto, que deveria ter... veja a loucura que seria isso, certamente poderia passar na Conferência, mas não seria implantado, isso implicaria em mudança de regime político do país, regime social. Teve uma votação da Conferência se o SUS seria totalmente estatal ou se teria lugar para a iniciativa privada. Ganhou que teria lugar para a iniciativa privada, mas ela subordinada à lógica do setor público, isso de fato nem a primeira que perdeu, nem essa não conseguem ser assim, vê a questão dos medicamentos, da indústria farmacêutica, a proliferação dos cursos na área da saúde. Então eu acho que a grande questão que não é conjuntural, é estrutural, é a questão política (...). D1

No meu modo de ver é questão de fundo, é a questão mais ideológica e aí fica difícil (...). D1

A questão de como se organiza a política aparece também na entrevista:

(...) Olha, eu acho que são questões profundas, como a política no país se organiza (...). D4

A questão cultural, a injustiça social, as desigualdades e o uso da máquina pública pelas elites em benefício próprio aparecem nas declarações abaixo:

(...) Uma outra coisa é a história de uma cultura colonial, de uma injustiça social capitalista violenta e secular, uma desigualdade e uma injustiça social que é desproporcional, ao tamanho da economia, à industrialização, ao suposto avanço civilizatório do capitalismo, e a gente tem que conviver com isso é uma coisa estrutural e muita complicada. Atualmente há pouca força política no Brasil que questione isso, os dogmas fundamentais do capitalismo, as regras de economia de mercado, uma pobreza muito grande e uma cultura antiga histórica de domínio da máquina pública, do poder público da política pelas elites, as quais são totalmente comprometidas com o uso do Estado para os seus próprios fins. Então tem um problema político grave que eu acho que é estrutural (...). D2

(...) problema bastante importante de caráter político, de caráter social e das desigualdades que a gente tem no Brasil. As desigualdades sociais que são grandes, o grande problema, o grande propulsor para as coisas não darem certo (...). D7

(...) as seqüelas dos movimentos de colonização do país e o conseqüente impacto disso na estrutura da sociedade criou grupos, criou... como é que eu vou falar de uma forma não pejorativa... criou elites que exercem poder de dominação sobre a maioria das pessoas que acaba engessando um pouco a possibilidade de articulação, a possibilidade de avançar mais no papel social que a saúde teria que compreender (...). D7

Ainda sobre essa percepção das mazelas de uma colonização e uma cultura maléfica que dela brotou é pormenorizada pelo entrevistado:

(...) então essa é uma dificuldade importante de romper com essas características de colonização que a gente teve, de subserviência de grande parte da população, de corrupção, de desvio de verba. A idéia é ótima, mas a estrutura engessada por conta da nossa história acaba dificultando um pouco que as coisas caminhem para o lado que se propõem. Essa é uma dificuldade estrutural e que tem impacto seguramente no setor saúde (...). D7

O entrevistado aponta o pensamento ditatorial e a falta de conhecimento como problemas estruturais do país. Também faz referência a Portugal:

O que eu vejo que dificulta é o pensamento ditatorial que às vezes se tem ainda. Eu vejo que dificulta também o nível de conhecimento das pessoas, principalmente das pessoas que a gente elege, isso dificulta a aprovação de lei atuais e modernas, teve ontem ou anteontem um plebiscito em Portugal (**entrevistado refere-se ao plebiscito sobre a legalização do aborto em Portugal**), já teve um antes e já teve legislação pró-aborto em Portugal, já foi retirado, já se voltou atrás e agora de novo, pelo menos eu acho que eles avançaram, a gente aqui não tem ainda a oportunidade de votar ou não numa coisa assim... é um avanço, eu acho que é avanço o dia que a gente tiver liberdade de votar assim é um avanço (...). D3 **grifo explicativo nosso.**

A questão da disputa dentro da administração pública:

(...) uma estrutura que tem um caráter tradicionalmente de briga política, se não é do meu partido eu não vou dar o apoio, porque é do partido do outro, isso eu acho uma coisa gravíssima (...). D6

5.4.2 Categoria: Obstáculos de caráter estrutural do setor saúde.

O mercado em saúde constitui como poderoso obstáculo à implementação do SUS:

(...) A coisa do capitalismo como está regulamentado na saúde, um mercado hipertrofiado, isso é uma dificuldade estrutural violenta ao pensar implementação do SUS. Você pode até induzir à formação de profissionais voltados para a atenção básica, tentar interferir mais no especializado, mas o mercado é muito grande, muito poderoso. O cuidado especializado e fragmentado é muito grande, a gente vai demorar décadas por ser estrutural para conseguir mexer nisso (...). D2

Quando questionado sobre se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira contribuiu para essa “hipertrofia do setor privado” a resposta é:

A Reforma Sanitária já encontrou uma situação de mercado bem especializado e grande. Muito tempo até agora recentemente, toda a formação mais especializada na área de saúde, de toda a formação de graduação na área da saúde ela é voltada para um mercado depois da graduação, que é o mercado da especialização, que tem a promessa de melhor status social e mais dinheiro. No início a Reforma Sanitária não conseguiu mexer, mexeu muito pouco, já era grande, aumentou ainda mais a estrutura hospitalar que a gente tinha. A privada cresceu, muito embora o SUS tenha conseguido menos dinheiro para o mundo especializado, privado, proporcionalmente ao longo da última década. A própria dificuldade do SUS de dar conta da atenção mais especializada fez com que tenha continuado crescer mais (...). D2

Essa percepção do poder do setor privado em saúde é dada ainda na fala do mesmo entrevistado:

(...) Conseguir bloquear tudo isso é um negócio muito difícil. Eu tenho a impressão que o SUS caminhou bastante em por limite, privilegiar à estrutura pública, as coisas públicas com gestão pública, mas há mecanismos muito fortes e legais de você querer não deixar isso estatal e deixar público, fazer contrato de gestão, uma série de mecanismos que fazem uns tentáculos com o mundo privado. Eu acho que isso é uma contingência da contra mão que a gente anda e são intromissões digamos assim, um vampirismo do mundo privado no sistema público que é muito grande, mas você tem que conviver com isso. A força política da estrutura da medicina privada industrial no país é muito grande. Não dá para viver completamente independente desse povo, porque esse povo está dentro da estrutura formadora de profissionais que controla uma boa parte dos recursos. Se você pensar coisa de alta complexidade e alto custo está nas mãos deles como hemodiálise, é muita pouca gente que precisa e é muito cara. É um mundo de dinheiro para construir um sistema público de cabo a rabo, é uma coisa difícil. Você demora muito tempo e nós não tivemos força política para fazer isso (...). D2

As relações público/ privado: um Estado que tende a fortalecer a dimensão privada em saúde e a contradição do financiamento público em instituições privadas aparecem aqui:

(...) claro que se a natureza do Estado brasileiro ela é de natureza social democrata, portanto ela convive o setor público com o setor privado. Tanto que num dos artigos da Constituição do capítulo da saúde é muito claro quando ela diz que é permitido no Brasil a existência do setor privado na área da saúde, mas a contradição não é essa. A contradição e a perversidade é que se o Estado é burguês ele tende, se não houver controle social eficaz, a usar o dinheiro público que é de todos para financiar o capital privado que é de alguns. Esse é o mecanismo dos convênios do repasse do dinheiro público para comprar serviços privados, da submissão da indústria farmacêutica internacional, aos equipamentos, aos hospitais privados, as clínicas de bioimagem, a máfia dos anestesistas e assim por diante, ou seja, é aquela posição nitidamente mercantilista que visa ter a saúde como uma mercadoria, ou seja, a saúde é uma mercadoria. E por que eu cliente vou comprar uma mercadoria chamada ação de saúde, oferecida numa loja chamada serviços de saúde, aonde quem tem mais compra mais, porque que pode pagar mais. Isso é contradição com o SUS que ele em si contempla a promoção, proteção, por isso ele é integral, eqüitativo em que a porta de entrada é uma só e universal, porque é destinado ao conjunto dos brasileiros (...). D8

As questões sobre os profissionais de saúde se apresentam ora como falta de identidade com o ideal da Reforma Sanitária Brasileira ora como corporativismo especialmente médico. Ambas aparecem como dificuldades do setor saúde nas seguintes falas:

(...) Dentro dos profissionais da área da saúde há uma fatia muito grande de comerciantes na área de saúde. Essa falta de ideal dos profissionais da área da saúde de se dedicarem a área de saúde por ideal, pela vontade de ter a vontade do cuidado do outro isso para mim é um fator muito grande (...). D6

(...) existe uma proteção muito grande entre os médicos. Os médicos se protegem, nós sabemos, nós vemos todos os dias os erros que acontecem, mas há uma proteção muito grande. Eu não conto que eu testemunho a seu favor e assim as coisas andam se a gente fosse parar para pensar nos absurdos que acontecem nas portas dos hospitais parece mentira que isso acontece, dentro da medicina isso é tido como uma coisa normal (...). D6

A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde aparece como algo importante na entrevista:

(...) a questão dos impostos, do financiamento do setor, de como ele não foi planejado para contemplar um sistema único universal, equânime, com garantia de acesso a todo mundo. Uma questão da estrutura fundamental é o financiamento, como ela está organizada como ele sempre foi, eu acho que ele mudou pouco. A questão como cada um contribui, tanto as pessoas com a previdência, as empresas e o governo, eu acho que essa questão de estrutura é um obstáculo importante e essa questão não mudou muito e ela não facilitou, ela dificultou que o SUS acontecesse conforme o que está expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde (...). D4

Ao mesmo tempo em que esse entrevistado chama a atenção para a questão do financiamento ele pondera:

(...) Ele não vai resolver tudo, ele vai melhora porque se tiver mais financiamento, se melhorar a qualidade e a resolubilidade e para isso precisa de financiamento, as pessoas – a população brasileira como um todo – vai ter mais acesso e vai utilizar mais o SUS (...). D4

5.4.3 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado).

Um dos entrevistados reclama da forma como estava formulada a questão:

A pergunta me atrapalha do jeito que está montada, eu penso o que motiva essa pergunta, mas na verdade o setor saúde estava escrito na 8ª Conferência com uma amplitude tal que contempla lá, lazer, transporte, terra, contempla uma diversidade tão grande de conceitos, que aquilo lá era o setor saúde? Não sei. O conceito de saúde passava por tudo aquilo, então na medida que você vai discutir tudo aquilo vai acabar discutindo a questão estrutural (...). D5

Um entrevistado fala sobre o significado da VIIIª CNS:

(...) o setor saúde conforme está escrito na Conferência que é lisa, é a grande conquista que nós tivemos na Conferência Nacional. Um avanço imenso na proposta de atuação do setor saúde principalmente ligado às questões sociais e políticas do país para que a gente conseguisse avançar (...). D7

Uma leitura de que o avanço no setor saúde passa por romper com as assimetrias sociais é expresso aqui:

(...) eu acho que a gente avançou, ganhamos força, tem muita coisa para avançar ainda, mas enquanto não se romper essa desigualdade, essa iniquidade entre os grupos de pessoas do país, dificilmente a gente vai conseguir (...). D7

5.5 Quando questionados sobre: Quando você fala ou discute algo sobre a Reforma Sanitária Brasileira em sala de aula, como é que você normalmente a apresenta?

As percepções aqui se dão numa perspectiva de avanço quando se analisa a Reforma Sanitária Brasileira. As respostas dos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias:

- Apresentação histórica: Aqui se expressam como um movimento que extrapolou o setor saúde, como história para situar os acadêmicos, para entender o contexto atual e como desenhador de debates específicos.

- Apresentação dos atores políticos: Aqui se expressam vários atores políticos como estudantes, movimento popular.

- Apresentação ligada ao SUS. Como ligação com o SUS de hoje, como protagonista do SUS e como ligação com PSF.

- Apresentação como ataque ao setor privado. Como defesa da ética profissional conjuntamente com a apresentação positiva do SUS e como atores contrários conjuntamente com uma sedução pelas vantagens do público.

- Apresentação como herdeiro de movimentos passados.

- Apresentação criadora de criticidade.

Aquelas temáticas/ elementos das percepções dos docentes que não se encaixam nas categorias descritas acima estão agrupadas num espaço destinado a temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado) para que o texto não prive as peculiaridades nas posições e leituras explicitadas nas entrevistas. Aqui se expressam o desrespeito dos professores da Medicina da UFSC para com movimento sanitário e uma leitura sobre os acadêmicos de hoje.

5.5.1 Categoria: Apresentação histórica.

Como um movimento que extrapolou o setor saúde:

Apresento como um movimento social que buscava a conformação de um sistema de saúde justo, com os princípios que a gente conhece do SUS, universal e tal...mas que naquele momento extrapolou o próprio setor saúde e foi uma das bandeiras de luta da democratização do país (...). D1

Como história:

Normalmente é dependente um pouco do contexto, porque você dá aula para o pessoal do começo do curso, do fim do curso, na Residência, depende um pouco do contexto da disciplina, do ano em que está, da turma, mas uma parte da coisa a gente fala do ponto de vista histórico para o estudante. Eu era estudante e estava acompanhando, para mim era real, coisa mais antiga que vinte anos atrás passa ser como história inclusive para mim (...). D2

Como história das políticas de saúde no Brasil, com atores políticos e saldo positivo:

Eu apresento dentro da história de políticas de saúde do Brasil. Antes da ditadura, eu começo apresentando como um movimento que surgiu ali, e também que foi meio abafado na ditadura e que foi ficando mais forte e que teve o marco principal na 8ª Conferência, depois coloco a Constituição de 1988, as duas leis principais a 8080 e da participação popular, e depois coloco que ela continuou como movimento até hoje (...). D3

(...) eu apresento de uma maneira em geral todo o SUS de maneira muito positiva, porque eu acredito que ele deu certo (...). D3

Como história para situar o contexto atual:

(...) eu dou aula disso para alunos na graduação, não com o objetivo de falar sobre Reforma Sanitária porque não é esse o meu assunto, mas com o objetivo de situá-lo. Quando eles têm, por exemplo, eles estão num curso que é voltado para formar médicos de família, mas de onde vem isso por que saúde da família, por que SUS ou por que a gente está nessa situação toda. Então eu falo de uma forma pontual e apresento alguns pontos históricos que auxiliam o aluno a entender onde está hoje em dia. D4

Como história e desencadeador de debates específicos da área de saúde:

Eu trabalho muito pouco com o tema Reforma Sanitária Brasileira não porque eu desmereça, porque eu trabalho numa área mais específica. Então, a Reforma Sanitária Brasileira ela é abordada na sala de aula numa concepção histórica de avanço, do primeiro passo, do primeiro movimento brasileiro que desencadeou uma série de conquistas pelas conferências nacionais de saúde mais o desdobramento da Conferência Nacional Bucal, por exemplo, que é área que eu atuo mais. E quando é dada numa perspectiva mesmo de ponta pé inicial para as mudanças que existiram até então, junto com o restante das políticas nacionais de saúde, de forma didática e histórica. D7

5.5.2 Categoria: Apresentação dos atores políticos.

Movimento composto por vários atores políticos:

(...) Conformado com atores sociais, a universidade teve um papel importante principalmente os departamentos de medicina preventiva, social e outros congêneres, alguns intelectuais, alguns representantes sindicais da categoria principalmente médica e o movimento popular que já eram forte principalmente nas capitais, nas grandes cidades do Brasil era um movimento forte e os estudantes. Então um belo movimento social. D1

(...) eu coloco que foi um movimento onde algumas entidades, profissionais, professores e alunos, começaram a discutir uma nova maneira de fazer atendimento em saúde aos brasileiros (...). D3

5.5.3 Categoria Apresentação ligada ao SUS.

Como ligação entre a história e o SUS hoje:

(...) a gente tenta ligar o processo de ser uma coisa histórica que faz parte da formação geral do aluno com as dificuldades que ele vai ver, porque tem contato com o sistema de saúde na formação dele com que ele vai viver (...). D2

Como origem da criação do SUS e com ligação com PSF:

Eu apresento alguns pontos históricos do que aconteceu geralmente com o objetivo de explicar o que é o SUS, de onde ele vem e também o programa de saúde da família, ou estratégia de saúde das famílias de onde ela vem. Então eu apresento o movimento da Reforma Sanitária como o que começou tudo isso, que foi resultar depois no SUS e na estratégia de saúde da família (...). D4

Como protagonista do SUS:

(...) e digo que o SUS nasceu desse jeito, nasceu pelo movimento da Reforma Sanitária aliado a todos os movimentos na verdade e do conjunto desses movimentos que é a Reforma Sanitária. E que ele é o protagonista da história do SUS, é ele que constrói a história do SUS (...). D5

5.5.4 Categoria: Apresentação como ataque ao setor privado.

A defesa do SUS e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira também aparecem como uma defesa ética da profissão, o que inclui um ataque ao setor privado, como vemos nas declarações abaixo:

(...) E no meu caso, eu sou explicitamente tendencioso. Eu tento puxar a brasa da sardinha para o exercício da profissão voltada para o cuidado, sem discriminação para as pessoas que precisam, que do ponto de vista ético é desejado e do ponto de vista social e político aponta para o sistema público de saúde (...). D2

(...) A gente tenta apresentar a Reforma Sanitária como um movimento de idéias e movimento social que tenta construir um sistema de saúde numa lógica que não seja excludente, que não seja voltado para os valores de mercado até porque tem um contraponto disso com a ética principalmente na medicina. O mercado tem que fazer mil malabarismos éticos para se manter supostamente dentro dos princípios éticos do cuidado da medicina. Se pensarmos nos princípios éticos mais gerais dentro da lógica dos procedimentos de maior lucro dentro profissões da saúde, a gente tenta apresentar o modelo da Reforma Sanitária como uma alternativa de trabalho. Onde a gente pode falar em ética e cuidado à saúde com letras maiúsculas sem ter que dançar um samba do crioulo doído e tento ganhar, apresentar a perspectiva otimista de trabalhar e trabalhar bem às vezes (...). D2

Aparece aqui uma forma de convencimento dos alunos de que SUS é uma alternativa com vantagens em relação ao setor privado:

(...) sem ter que passar por constrangimento que mercado impõe limites, discriminação por acesso econômico. Uma série de coisas que o serviço público bem organizado pode oferecer talvez, juntamente com isso contribuir para a formação de consciência política dos alunos que chegam muito crus e novos na faculdade. Então a gente aproveita um pouco da história do movimento sanitário para discutir e debater um pouco os valores políticos e éticos que são importantes para o profissional e de sua vida como cidadão (...). D2

Existe uma identificação dos atores que são contrários a esse movimento. Também aqui se expressa um ataque ao setor privado:

(...) por outro lado, o complexo médico industrial e o capital na área de saúde os bancos Itaú, Bradesco, Unimed tudo isso do outro lado. A gente tem um inimigo comum e eu apresento assim em sala de aula, caracterizo como dois grupos e que os alunos vão ter que optar por que lado estão (...). D5

Uma tentativa de sedução através das vantagens:

(...) Tento seduzir os alunos para mostrar as vantagens da Reforma Sanitária e a necessidade de incrementar atores para a luta, que sem luta a gente não vai conseguir fazer. Meu chamamento em sala de aula é sempre esse, apresento aos parceiros e conto a história do movimento sanitário (...). D5

5.5.5 Categoria: Apresentação como herdeiro de movimentos passados.

Existe uma percepção de que o movimento sanitário teria ligações históricas no sentido de uma certa herança política com outros movimentos do passado:

(...) um marco fundamental das políticas públicas de saúde é o movimento da Reforma Sanitária. Eu começo com a medicina social no século XIX que tinha como modelo a mudança da sociedade (...). D5

5.5.6 Categoria: Apresentação criadora de criticidade.

O docente entrevistado descreve a metodologia que utiliza com o objetivo de que o aluno possa criar uma criticidade sobre o tema da Reforma Sanitária Brasileira:

Em sala de aula eu apresento de várias formas, posso trabalhar na forma de discussão em grupo. Eu distribuo os textos que eu considero mais completos, críticos, históricos que fundamentem a questão de forma que o aluno consiga entender o processo como ocorreu e que consiga instrumentos para criticar esse mesmo processo. Ter uma avaliação que ele cresça como aluno, como intelectual, como futuro profissional então, eu trabalho com grupo de leitura em sala, eu dou livro para ler e fazer resumo, eu faço seminário, faço oficinas bem concretas assim de seminário simulado, de sessão simulada de conselho municipal de saúde para discutir controle social, tribunal do júri onde a gente julga o PSF, a política de saúde, julga o gestor, enfim, e aula expositiva também porque aula expositiva faz bem, precisa a posição do professor então distribuo muita bibliografia geralmente eu tenho coisa muito do momento conjuntural (...). D8

5.5.7 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado).

Um entrevistado desabafa sobre o que considera um desrespeito ao movimento sanitarista, dado pelo professores de Medicina da UFSC:

(...) do corpo docente da medicina, e a medicina aqui dividi clínica e cirúrgica, eles é que são “os médicos”. Esses sanitaristas da saúde pública esse pessoal meio, desculpe a expressão meio... não vou dizer porque você está gravando... meio louco, assim sabe? Eu sinto um desrespeito muito grande nesse sentido com a Reforma Sanitária (...). D6

(...) tanto que você pode pesquisar se tiver uma conferência, você vai lá vai ver que não estão a maioria dos nossos professores. Nem se quer para saber o que é aquilo, como se eles fizessem parte, é outra coisa dentro da medicina, são os especialistas, e aqueles outros lá que se dizem sanitaristas, que não são médicos, que não tem consultório, que não fazem consulta. Eu ouço isso, são aqueles que não têm consulta, que não fazem clínica, que não são médicos, que são coisas que eu ouço que eu acho assim... que é um absurdo ouvir dentro de uma universidade esse tipo de coisa, isso não é só aqui também (...). D6

O docente descreve os acadêmicos de hoje numa leitura que se expressou singularmente:

(...) os alunos hoje em dia primeiro que não gostam de aulas expositiva, segundo que não gostam de ler – o que já é outro problema grave – terceiro que grande maioria está condicionada com essa linguagem televisiva ou mesmo de computadores que ela é muito rápida, fragmentada e superficial e uma forma de clipe de TV, e aluno que vem de cursinho também que acha que o professor em sala tem que fazer show, dar shows sobre o assunto, dizer bobagens, asneiras todo mundo tem que rir sobre as coisas. Eu acho que isso vulgariza um pouco o local que é a universidade como um momento de geração do saber, de transmissão do conhecimento, de reflexão crítica sobre as coisas porque a gente sai daqui tudo banalizado. Se tu banaliza o saber, a metodologia de conhecimento, tu vais banalizar a tua atitude lá fora e aí vai ser uma pessoa muito fácil de ser levada por qualquer um que apareça. Então eu procuro desenvolver isso, claro que nem sempre se obtém sucesso, mas é a minha metodologia. D8

5.6 Quando questionados sobre: Como você compreende o papel da intelectualidade em saúde no movimento da Reforma Sanitária Brasileira vinte anos atrás e hoje?

As respostas se dividem em três categorias:

- Papel da intelectualidade em saúde vinte anos atrás: Aqui se expressam avaliações positivas sobre esses intelectuais, que se apresentam como atores da Reforma Sanitária Brasileira e como protagonistas da mesma.

- Papel da intelectualidade em saúde hoje: Como todos os entrevistados remetem um valor positivo para a intelectualidade em saúde vinte anos atrás, dividimos essa categoria em duas subcategorias: a primeira refere-se a perda do papel positivo e a segunda mantém o papel positivo.

- Papel da intelectualidade em saúde.

Aquelas temáticas/ elementos das percepções dos docentes que não se encaixam nas categorias descritas acima. Aqui se expressam as lembranças de Sérgio Arouca como intelectual da saúde.

5.6.1 Categoria: Papel da intelectualidade em saúde vinte anos atrás.

Os entrevistados apontam o papel positivo que os intelectuais da saúde tiveram vinte anos atrás:

(...) Eles foram importante, tiveram um papel muito importante (...). D1

Eu acho que naquela época eles tiveram um papel importante de despontar esse assunto numa época em que tinha ainda ditadura, repressão, tudo isso (...). D4

Além de uma avaliação positiva do papel dos intelectuais em saúde ligando-os à esquerda, os mesmos são citados como atores do movimento de Reforma Sanitária Brasileira junto a outros:

Eu acho que aqui no Brasil, na saúde, o papel foi muito importante. A maior parte dos atores sociais na década de 70 se aglutinaram para formar as associações e os movimentos políticos e também acadêmicos culminaram com a história da 8ª Conferência e a criação do SUS foram extremamente influenciados, talvez não pudesse, não teria acontecido não sei, sem a intelectualidade de esquerda, explicitamente do setor saúde. É o pessoal que faltava nas academias que tinha uma formação política de esquerda, são eles por um lado e a ala progressista da Igreja por outro lado, as próprias contradições da vida capitalista, da população que mobilizaram um tanto de gente que foi influenciado por esse pessoal. A Igreja que tinha uma inserção popular grande, e a academia

com os intelectuais, que também tinham inserção social em várias frentes, eu acho que eles são essenciais, foram muito importantes para a construção do movimento (...). D2

(...) eu coloco que havia pelo menos sete pernas diferentes do movimento sanitário, se você pensar sete pernas diferentes: os publicistas, os preventivistas, os intelectuais da área de saúde, os estudantes, o movimento de renovação médica, o movimento popular de saúde e o movimento de medicina comunitária ou de saúde comunitária (...). D5

O papel positivo que a intelectualidade teve como vanguarda é lembrado pelo entrevistado D8. Existe a tentativa de identificar essa intelectualidade com a universidade, com as categorias profissionais em saúde:

(...) Eu diria que a intelectualidade dentro da Reforma são as pessoas que fizeram pós-graduação e que começaram a fazer e a defender trabalhos nessa linha, de como poderia ser a saúde nos vários setores se mudasse o sistema de saúde, começaram a comparar o que se tinha antes com o que poderia ser futuramente (...). D3

Ela teve um papel de vanguarda com certeza, era vanguarda e foi básico porque como era ditadura militar você não podia discutir, bate boca sobre isso em partido político, em comício, em funções públicas. Tu tinhas que ter um canal de expressão, de formulação, de teorização dos princípios da Reforma, foram exatamente as universidades e os serviços públicos através das teses de mestrado, de doutorado, trabalhos, debates, seminários, movimentos políticos dentro das categorias profissionais como, por exemplo, o REME, dentro dos de farmácia – a luta pela nacionalização da indústria farmacêutica. Dentro da intelectualidade o lançamento dos livros e o principal deles o do Sérgio Arouca “O dilema preventivista”, mas teve também os livros do Hésio Cordeiro, todos eles estavam ou na Universidade do Estado do Rio de Janeiro ou na UNICAMP, na USP e começaram a produção de material teórico ideológico. O que foi garantindo o surgimento da Reforma e tiveram um papel inestimável (...). D8

A avaliação que considera decisivo o papel desses intelectuais na Reforma Sanitária Brasileira:

(...) Foram os intelectuais que fizeram no que eu conheço de Reforma Sanitária, foram os intelectuais que fizeram esse movimento (...). D6

5.6.2 Categoria: Papel da intelectualidade em saúde hoje.

5.6.2.1 Subcategoria: Perda do papel positivo.

A leitura de que essa intelectualidade não tem um papel positivo como tinha na década de 80 aparece aqui:

Eu acho que intelectualidade se perdeu, eu não sei exatamente em que momento da vida ela se perdeu (...). D5

(...) então eu acho que hoje a intelectualidade não tem um papel revolucionário na saúde, acho que ela não é o melhor representante do movimento sanitário (...). D5

(...) há um distanciamento hoje da intelectualidade da base popular, acho que tem exceções, tem algumas pessoas que tentam, mas não acredito no papel da intelectualidade nesse momento histórico, acredito no papel da intelectualidade como trabalho junto à vanguarda revolucionária, junto com a base, nesse momento ela não está fazendo isso (...). D5

Essa leitura de que o papel desses intelectuais tinha um saldo mais positivo no passado em relação a hoje aparece também nessa fala:

(...) eu nunca parei para pensar nisso, mas a impressão que eu tenho é que a intelectualidade, tinha uma ação de caráter mais coletivo na época da Reforma Sanitária Brasileira e um papel atuante, muito mais próximo desse movimento, desse processo que tem hoje (...). D7

As exceções a esse movimento de cooptação, recuo, parecem na fala de alguns entrevistados:

(...) tem muita gente coerente, que ficou aí lutando de acordo com a mudança da conjuntura (...). D1

(...) por outro lado sobram algumas pessoas da ABRASCO, do CEBES que ainda defendem. Essas pessoas elaboraram esse documento que se chama Fórum de Rearticulação da Reforma Sanitária (...). D5

Para alguns a percepção de que a intelectualidade em saúde era profundamente ligada à esquerda e que a queda do modelo do leste europeu/ desintegração da URSS representam fatores importantes para esse recuo da intelectualidade:

(...) Tem um problema sério que, depois de 1989, teve o colapso de todo sistema, um recuo da esquerda, basicamente o movimento socialista com suas diferenças nuances. O movimento da Reforma Sanitária é um movimento de esquerda, democrático popular, a grande briga era uma briga irreal, era o partido comunista contra o PT, o partido comunista antigo o PCB não o PC do B, esse era pouco presente porque tinha pouco intelectual na verdade, aliás ainda tem pouco no meu modo de ver, agem muito e pensam pouco no meu modo de ver. Então mesmo os intelectuais, apesar de pequenos, o PCB foi o grande partido da Reforma Sanitária, o PT era pequeno, insipiente ainda e mais novo. Depois muito desses quadros PCB foram para o PT como o Davi Capistrano (...). D1

(...) toda a pauta de discussão foi uma pauta de esquerda, “estatização já ou daqui a pouco”, e as posições do PCB elas prevaleceram, mais moderadas do que as do PT daquela época que era muito mais radical (...). D1

(...) em 1989 cai o socialismo que o PT nunca abraçou, mas que fez estrago em toda a esquerda, que na verdade é uma crise de paradigmas também. Aquele Estado, mal ou bem, mesmo quem não se guiava por aquele modelo era uma referência planetária, uma posição do outro lado, aquilo tudo ruiu então, a intelectualidade não ficou imune a isso, produziu estragos (...). D1

(...) a intelectualidade parece que perdeu o encanto, desacredita na proposta de uma transformação social, talvez seja isso que fez com que ela se corrompesse mais facilmente. Eu acho que muitos intelectuais entenderam que na medida em que caiu o muro da União Soviética, que as revoluções socialistas não deram certo entre aspas, eu fico questionando se aquilo era socialismo, de qualquer forma que aquilo não deu certo, não há alternativa que não seja o capitalismo, portanto nós capitularemos. Eu vejo uma porção de intelectuais que não produzem mais na esquerda, já abriram mão do marxismo, da transformação social (...). D5

A indicação do efeito da política neoliberal sobre os intelectuais aparece como um fortalecimento de uma concepção individualista:

(...) os intelectuais, por diferentes motivos, passaram para um individualismo muito grande e esqueceram o coletivo, que tem toda essa discussão. Essa é uma diferença importante para que as coisas possam avançar. Existia um compromisso maior da intelectualidade de fazer valer o movimento de pesquisa, por exemplo, direcionado para prática e ação em saúde. O papel dos intelectuais na população perdeu um pouco pela característica mercantilista, individual que esse período de neoliberalismo que a gente vive no país trouxe pra gente. Claro que isso não se generaliza, mas existia um sonho coletivo maior (...). D7

Aqui se apresentam duas tentativas de justificativas feitas pelo mesmo entrevistado para essa posição de recuo ideológico dos intelectuais de hoje. A primeira é a mudança conjuntural para o modelo neoliberal e a segunda é de uma massa politicamente heterogênea que emerge na saúde através das estruturas de saúde municipais:

(...) a renovação que acontece, ela acontece fora desses marcos da reforma no seu contexto histórico de um período de ditadura, em que a conjuntura quando houve a Oitava era extremamente favorável à esquerda, porque a gente estava entrando com tudo. O Sarney se elegeu junto com o Tancredo e assumiu numa profunda comoção popular então ele precisava se legitimar junto à população, ali ele convoca a Oitava, convoca a Constituinte, legaliza os partidos de esquerda e tal. A nova geração se constrói e se consolida já na luta sobre a profunda influência da cartilha neoliberal e aí fica difícil fazer esse contraponto, porque os que vêm da Reforma Sanitária original, digamos, muitas vezes já não estão mais nos lugares onde poderia acontecer (...). D8

(...) claro há uma renovação de quadro a todo o momento e mesmo com a municipalização dos serviços de saúde com a criação das secretarias municipais de saúde – que hoje tem praticamente em todos os municípios do Brasil – entra numa coisa legal, sai da esfera meramente acadêmica, de

política de partido, conceitual e cai nos serviços locais, nas unidades locais, nas prefeituras e cada prefeitura é de um partido. Cada lugar tem uma posição, então, isso gera uma massa crítica interessante, muito volume de gente envolvida no SUS, mas multiplamente posicionado em relação às questões políticas. Então, existe a necessidade de construção de agendas mínimas de reflexão dos rumos da Reforma e do que a gente precisa. D8

A percepção de que na atualidade existe uma certa institucionalização do movimento sanitário e de seus intelectuais são expressos nas seguintes citações:

(...) Uma coisa interessante que no movimento de contestação e de movimento popular as pessoas se institucionalizaram isso perde o caráter de movimento social, está acontecendo muito isso agora que o Lula ganhou com a CUT. A CUT se institucionaliza, os sindicalistas viram dirigentes de estatais e tal, e de certa forma aconteceu isso com a Reforma Sanitária, os caras viraram secretários de saúde, então eles também são parte do poder formal ou poder burguês (...). D1

(...) acho que atualmente eles, por estarem muito dentro na máquina do Estado, têm menos atuação e menos importância no movimento social, se afastaram um pouco, não sei se é uma impressão minha isso (...). D2

Aponta-se a institucionalização, a disputa dentro do aparato de Estado, a hipertrofia de tendências, a perda do inimigo comum que tínhamos na década de 80 como causas de enfraquecimento:

(...) a gente tem instituído o SUS inclusive com a força da Reforma Sanitária vinculada a partidos que ganham eleições, que assumem o poder. Grande parte da militância política e social pelo SUS entra para dentro do Estado e se transforma, porque vira uma briga interna do poder, enfraquece o vínculo real com a população. Se você está lá brigando, lá dentro da máquina do Estado, você não está brigando, militando e divulgando idéias junto à população, junto aos sindicatos, as instituições organizadas, aos movimentos sociais, desloca um pouco a briga para o aparelho do Estado e hipertrofia as tendências e brigas internas, que antes era um movimento muito unificado, porque tinha a ditadura para brigar. Todo mundo tolerava as divergências, quando você entra no poder não tem mais o inimigo externo tem que se construir a máquina pública com muitas tendências e relativa divergência, muita heterogeneidade interna. Isso aparece um pouco e empaca, é uma briga política muito grande dentro do poder dentro da estrutura do Estado desde uma prefeiturinha até Brasília. Tem uma série de coisas que dificultam você manter viva uma luta social que pressione o estado com força, como foi com a Oitava e depois na Constituição e que depois tenha repercussão no parlamento que se consiga aprovar lei (...). D2

Existe também uma percepção de enfraquecimento dos intelectuais e do movimento em si:

(...) Nós tínhamos o CEBES que era uma grande organização de intelectuais, hoje se transformou numa revista, boa por sinal, mas é uma revista, na época o CEBES também tinha uma revista, mas era um movimento social (...). D1

Expressa-se aqui a leitura de que a quantidade e vitalidade da saúde pública aumentaram:

Bom, eu acho assim, do ponto de vista de massa nunca teve tanta gente atuando dentro do movimento sanitário como agora. Se você vai num congresso da ABRASCO são quatro, cinco, oito mil pessoas lá dentro, se você vai numa exposição de pôster do Congresso da ABRASCO são turnos onde se revezam 10, 20, 30 mil pôsteres de pessoas relatando experiências locais, de bairros, de pesquisas, entrevistas, é um volume e uma vitalidade impressionantes, grande parte desses trabalhos... tu pegas as revistas, Saúde e Debate, Saúde Coletiva da ABRASCO e do CEBES, os relatórios e propostas da Rede Unida de tudo isso é uma maravilha do ponto de vista da quantidade (...). D8

Porém, o mesmo entrevistado alerta para o conteúdo político e afirma que não há relação com a Reforma Sanitária Brasileira. O entrevistado faz uma nova crítica ao PSF como parte da estratégia de desestruturalização do SUS:

(...) é uma quantidade muito grande desses trabalhos que não tem nada a ver com as políticas sanitárias, tem muitos trabalhos desses que nada mais são do que atenção médica simplificada para pobres que é distribuído por aí a fora achando que é da Reforma. Uma quantidade enorme de intelectuais inertes que não tem noção de analisar crítica e politicamente que ando dizendo, que saem propondo políticas de saúde e se dizendo sanitaristas ligados à Reforma Sanitária, comprometidos e tal. Estão propondo ações e políticas e programas que são retrato do relatório de 1993 do Banco Mundial “Investindo em Saúde”, onde fica muito claro a proposta do Banco para a saúde do Brasil, para países de renda média como o Brasil, que são propostas nitidamente desestruturantes do SUS. Propõem que seja serviço de primeiro nível de atenção voltada para o conjunto da população, para pobre, simplificada, uma atenção médica e coisas assim tipo PSF que é tido como estruturas do SUS ou a porta de entrada do SUS. Enquanto isso, não fortalece e não estrutura verdadeiramente a rede permanente de prestação de serviços do SUS, não articula com o segundo e terceiro nível de atenção, não contrata os especialistas para o segundo nível (...). D8

O entrevistado alerta para outros conteúdos expressos hoje no país e que muitos intelectuais da saúde na atualidade defendem:

(...) a gente vê tendências diferentes e contraditórias, a maior parte dos governos estaduais e municipais que são dirigidos pelo PSDB ou pelo PFL ou alguns do PMDB, a tendência é de privatizar inclusive unidade sanitária através das organizações sociais as OSCIPs. É um mecanismo desestruturante do SUS, que está repassando dinheiro público além do equipamento, da área física, do pessoal para uma administração privada que é o terceiro setor que é a menina dos olhos. Esse é outro embate que a gente tem que encarar até porque é inconstitucional fazer isso, mas eles estão fazendo. Começou uma iniciativa em São Paulo com o PAS, com as cooperativas e agora estão

privatizando com o OSS, começou com o governo Serra na prefeitura, depois vários municípios do interior. Aqui em Santa Catarina, tem municípios que estão partindo para essa, um deles parece que é Chapecó que é privatizar unidade sanitária, transformar em organizações sociais. Aqui teve um embate grande com o HEMOSC e o CEPON pouco tempo atrás, portanto, existem várias formas contemporâneas que vão se somando para puxar, tirar de rumo a proposta inicial da Reforma Sanitária. Só que essas coisas são ditas de uma maneira tão atraente que muitos intelectuais que eram dos quadros da reforma, que eram de esquerda, que eram isso e aquilo começam a se desviar para esses setores e defendem hoje coisas claramente contrárias ao que a gente previa na reforma. D8

5.6.2.2 Subcategoria: Mantém o papel positivo.

Aqui se aponta que os intelectuais estão hoje mais próximos da base do SUS. Refere-se aos estudantes que fazem interação comunitária como responsáveis também por essa aproximação:

(...) Eu vejo que hoje ainda tem bastante debate, ainda tem tudo isso aí, eu participo de um deles que é o Cooperasus e as vezes eu recebo pela Internet que o professor tal debateu lá com siclano, o prefeito não sei da onde está com o problema tal e como ele vai resolver e aí alguém chega e tenta esclarecer. Tem uma ligação, bem mais agora até, entre os intelectuais e a base que o SUS tem, até porque hoje tem mais estudante de graduação fazendo interação de comunidade, por exemplo, isso aí são alunos de graduação lá na ponta (...). D3

A mudança de discurso desses intelectuais aparece como uma adaptação positiva na percepção transcrita abaixo:

(...) Hoje em dia, eu acho, eles tiveram que mudar o discurso e adaptar ao que está acontecendo atualmente, porque se você não mudar o seu discurso ele acaba virando uma coisa que ninguém mais presta atenção (...). D4

O papel continua fundamental:

(...) o papel foi fundamental e ainda continua. Eu fico impressionada quando eu vejo a luta desses intelectuais (...). D6

5.6.3 Categoria: Papel da intelectualidade em saúde.

Um entrevistado, como exceção à regra, mostrou certa irrelevância sobre o papel dos intelectuais:

Intelectual não tem papel, intelectual pende, e no Brasil a maioria deles foram cooptados, e isso não é só na saúde, se você pegar aqueles caras da Reforma Sanitária uma boa parte deles milita na iniciativa privada na área de saúde, eu não faço julgamento disso (...). D1

Defender e melhorar o SUS aparece na percepção de um entrevistado como papéis que cabem à intelectualidade em saúde:

(...) eu acho que naquela época eles tiveram um papel importante porque eles foram pioneiros. Agora eu acho que o papel deles é ser muito mais práticos, pragmáticos, e lidarem com toda essa situação do jeito como está hoje em dia, tentando achar e sugerir soluções para SUS. Eu acho que esse é o papel deles, hoje em dia não é só ficar em teorias, divagações, deveria ter sido assim, ter sido assado, não... é lidar com o que está acontecendo hoje em dia procurando melhorar um pouco mais (...). D4

O papel de gerar conhecimento para o bem estar das pessoas e a leitura que esse papel não está sendo cumprindo aparecem aqui:

(...) eu acho que o papel do intelectual é esse de gerar conhecimento novo, para que modifique a vida das pessoas para melhor, o bem estar do homem do ponto de vista geral, isso é papel do intelectual, fazer isso, eu não enxergo isso muito hoje (...). D7

5.6.4 Espaço para temáticas/ elementos particulares (comuns a dois ou mais entrevistados) ou singulares (comum apenas a um entrevistado).

Ao falarem dos intelectuais da área da saúde o nome Sérgio Arouca aparece em várias entrevistas:

(...) o presidente da Conferência foi o Sérgio Arouca, foi um baita intelectual da área da saúde, muito sério, científico e tal (...). D1

(...) o Arouca – como intelectual da área da saúde – ele tinha um modelo é só ouvir a conferência dele na 8ª Conferência, entende o que pensava os intelectuais, o Arouca foi o mais brilhante dos nossos intelectuais naquela época (...). D5

(...) eu acho que foi fundamental, sem essas pessoas (**refere-se aos intelectuais da saúde**) e, dentre eles, o expoente eu acho que é o Arouca. (...). D6 **Grifo explicativo nosso**

(...) Sérgio Arouca e todas as pessoas importantes envolvidas na Reforma Sanitária Brasileira (...). D7

(...) dentro da intelectualidade o lançamento dos livros e o principal deles o do Sérgio Arouca “O dilema preventivista” (...). D8

Sérgio Arouca não é só lembrado como um grande intelectual da Reforma Sanitária Brasileira, é também considerado um exemplo do recuo dos intelectuais por um entrevistado:

(...) Tem coisas a rever, na proposta do Partido Comunista com certeza, mas não é jogando fora o Partido Comunista. Ele passou para o PPS e me chamava de troglodita, de dinossauro, de que eu defendia um socialismo ultrapassado, que agora o socialismo tinha que viver com o capital. E eu me choquei muito com o meu guru dizendo essas coisas em 1990, passando para o PPS. Consegui fazer as pazes com ele pouco antes dele morrer quando ele faz aquela entrevista no Pasquim. Eu acho que ele continuou defendendo o ideário da Reforma Sanitária, mas a meu juízo ele se perdeu e a juízo dele foi eu que me perdi, o Arouca era para mim um exemplo dos intelectuais da área da saúde que capitulou para o PPS. Você vê o que é o PPS hoje e pronto, um partido claramente de direita, hoje consegue estar mais à direita que o Lula, o que não é vantagem nenhuma (...). D5

5.7 Quando questionados sobre: Gostaria de falar algo a mais sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira?

As respostas dos docentes entrevistados a essa questão não foram agrupadas em categorias. Como se trata de uma questão aberta a qualquer colocação do entrevistado sobre a Reforma Sanitária Brasileira, não existindo um objeto específico para alcançar com essa questão – exceto o de dar o direito aos entrevistados de exporem livremente algo sobre o assunto que não foi questionado. Optamos somente pela transcrição das falas sobre uma designação do messianismo presente no movimento sanitário, uma crítica à esquerda que não revê seus posicionamentos, lembranças de figuras do movimento, recordação da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, desabafo sobre a academia como empecilho, uma leitura de pesar sobre o perigo que o SUS corre, volta aos princípios do SUS e à lembrança de Sérgio Arouca.

A percepção de que a crise “do socialismo” resultou numa espécie de fim da história:

(...) Tem muita gente saudosista dessa época, um certo romantismo, eu guardo bom sentimento, mas eu não tenho saudades. Eu acho que não era bom, a gente tinha muita certeza, mas a gente era muito burro também, a gente era muito messiânico. É problemático do ponto da saúde mental tu não ter verdade, e é muito bom você ter verdade do ponto de vista psicológico é bom (...). D1

(...) A verdade é que ninguém mais tem tribo, a verdade essa é uma crise contemporânea, não existe mais projeto coletivo, isso existia, não tem mais (...). D1

O entrevistado ao ser questionado sobre se o messianismo apontado por ele como um elemento negativo do movimento sanitário foi civilizatório para o Brasil? A resposta é a seguinte:

Naquele momento tinha que fazer aquilo mesmo, eu fiz... o que eu acho que não dá é agora está repetindo aquilo que mundo mudou entendeu. Hoje nós estamos na universidade temos que fazer outras coisas não podemos fazer movimento político de manhã, à tarde e a noite não pode mais na minha interpretação. Não dá mais, as bandeiras são outras, então assim você não vai renegar, mas ,pô, tem que rever... até é engraçado porque quem não quer rever se diz dialético né, estranho, você tem que rever. O mundo mudou, aqueles esquemas de análise que a gente usava não dá. Qual é o grande problema de hoje? Não é o conflito dos Estados Unidos e União Soviética, é o clima ,cara, todo mundo pensou que seria uma explosão nuclear. Não precisa disso, vai ser o aquecimento global, essa agenda ecológica digamos assim, ela sempre foi mal vista pela esquerda tradicional como uma coisa menor, meio babaca, daquele gay do Gabeira. Quando ele voltou com a tanga de crochê os caras pegaram nisso para sacanear e desqualificar. O discurso dele é mais contemporâneo que a esquerda passa ninguém quer nem saber, para a esquerda tradicional os verdes são sinônimo de fascismo. D1

Recordação de algumas figuras políticas desse movimento e onde atualmente (local e as vezes ideologicamente) se encontram, aparece nessa percepção:

(...) o Lúcio (**refere-se a Lucio Botelho, reitor da UFSC**), com todo o zique-zaque ideológico dele, ele é fruto desse movimento, ele é reitor. Outros viraram deputados, secretários, o professor Hésio, que foi um dos baluartes da reforma, foi reitor da UERG, agora é diretor da Estácio de Sá. Viraram parlamentares, o Davi Capistrano foi prefeito de Santos, primeiro cara que fez as primeiras medidas no Brasil, incipientes, corajosas contra a AIDS, quase mataram o cara porque ele queria distribuir seringa, hoje ninguém discute isso mais, mas vai fazer isso na década de 80 que ele fez, caras que foram visionários. O Gastão Wagner da UNICAMP, tem muita gente boa que resistiu em outras frentes, quem sou eu para ficar... eu vejo muitos professores, esse povo todo nos congressos, em outros fóruns acadêmicos, gente como eu era estudante, fui como estudante naquela Conferência. A gente fica mais velho, mais gordo, mais careca e cabelo brando com dizia um amigo meu, mais cor de rosa, aliás, o Lula diz isso que envelhece, eu acho que ele exagerou (...). D1 **grifo explicativo nosso**

Recordação da VIIIª Conferência Nacional de Saúde vem à tona:

Eu diria o seguinte, enquanto estudante eu participei. Eu sou duma geração que não é tão velha, no meio da década de 80 para cá eu estava na universidade eu pude participar como estudante ativo via movimento estudantil na época da Reforma Sanitária. Por uma coincidência eu estava lá, nem sabia, não tinha muita idéia da importância. Eu fui para Brasília na 8ª Conferência da qual participei, um privilégio que hoje eu olho para trás, fui meio de alegre, mas não tinha tanta consciência da importância, mas estava lá (...). D2

Sobre a academia, como um empecilho a uma participação maior nos debates sobre a Reforma Sanitária Brasileira, aparece aqui:

(...) enquanto profissional participei muito ativamente da Reforma Sanitária Brasileira. Como profissional trabalhei muitos anos no SUS, na atenção básica tive dificuldade de participar pelo dia a dia do Centro de Saúde e agora que virei professor, trabalho na academia. Curiosamente achei que teria mais facilidade de participar e a academia me absorve um monte de coisa, tanto por questões burocráticas internas, por questões de produtividade acadêmica, que tem uma lógica quase capitalista, que tem que produzir artigo ao invés de participar de movimento social, da Reforma Sanitária, que não tenho a facilidade de participar tanto, é uma coisa curiosa isso (...). D2

Existe também no entrevistado certo pesar ao dizer:

(...) aos movimentos sociais que estão num certo refluxo hoje em dia é difícil e o próprio o movimento, desse ponto de vista social e político, se institucionalizou muito, perdeu um pouco de vigor. O movimento da Reforma Sanitária vive um momento bem difícil eu acho. D2

A percepção que o SUS corre perigo aparece na entrevista:

Tu deves convir comigo que eu falo muito, então o que acontece então, eu, provavelmente, de alguma forma já respondi nas outras questões. Por outro lado, eu tinha te dito antes de começar a entrevista que para falar sobre reforma eu posso falar dez dias seguidos, como cada movimento desse aconteceu, o que aconteceu com cada movimento desses, quais foram os descaminhos, onde as coisas se perderam, onde as coisas podem ser achar de novo. Eu acredito que se a gente não se junta de novo o SUS corre sério risco, aliás, as políticas sociais estão entrando todas pelo cano e o SUS é uma ameaça em potencial. D5

Uma certa recordação aparece:

(...) Quando você me solicitou a entrevista por e-mail, eu fiquei pensando, puxa vida há quanto tempo eu não escuto discutir a Reforma Sanitária Brasileira, e no passado o quanto a gente participava de movimento de Reforma Sanitária, das conferências, aí eu parei para pensar em que pé estão estas discussões, e não me vem nada mais para falar (...). D7

A volta aos princípios do SUS como estratégico e a lembrança de Sérgio Arouca são expostos abaixo:

Eu tenho muita esperança que a gente continue nessa luta pela Reforma Sanitária e acho que a gente tem que pensar em termos de perspectivas futuras. Eu acredito que há a necessidade de ampliar cada vez mais o retorno aos princípios da reforma e fugir um pouco das questões conjunturais do SUS, porque o SUS é o Sistema Único de Saúde resultante do movimento pela Reforma Sanitária, mas nesses quinze/ vinte anos de implementação do SUS ele sofreu tantas idas e vindas,

tantas alterações no seu modelo inicial, na sua proposta que eu estou muito propensa a acompanhar o pensamento do Sérgio Arouca (...). D8

(...) ele **(refere-se a Sérgio Arouca)** falou numa das reuniões que o que tem que voltar é para os princípios da reforma, porque isso que é consistente e é o que nós temos de sólido, de coisas, que podem nos direcionar na luta para não perder o rumo. Digamos que voltar aos princípios da reforma é uma decisão estratégica, porque é aquilo que você vai alcançar a longo prazo. Não perder do horizonte os princípios, porque se não você se perde na conjuntura usando táticas das mais variadas que pode te desviar. E eu acho que essa é uma coisa que aconteceu com muitos companheiros da Reforma Sanitária que saíram do caminho talvez, porque não posso te dizer porque razões existem muitas... mas pode ser que eu esteja errada, sendo muito conservadora e não queira afastar do caminho traçado, mas mesmo com bastante flexibilidade na tática há a necessidade de você ter uma visão ampla estratégica que é histórica onde você quer chegar. Só que esse caminho que a gente quer chegar para consolidar a reforma ele vai ter que caminhar junto com uma profunda mudança estrutural da sociedade brasileira, senão não vai acontecer. D8

Os entrevistados D3, D4 e D6, não responderam a essa questão aberta.

Ao serem questionados no final das entrevistas se “o fato de a entrevista ser gravada com aparelho de áudio constrange o Sr/ Sra?”

As respostas foram: para os entrevistados D1, D2, D5 e D8 o gravador não exerce força de constrangimento, já para os entrevistados D3, D4, D6 e D7 o gravador exerce força de constrangimento.

6. Discussão

Teixeira³ conceitua a Reforma Sanitária como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde ao deslocamento do poder positivo a favor das classes populares, caracterizando a busca pelo direito universal à saúde e à criação de um sistema de serviços sob a tutela do Estado. A nossa Reforma Sanitária se pautou pela construção de um sistema de saúde, em especial serviços de atenção aos agravos de saúde. Sua luta para transformar a saúde num direito da cidadania, expressa bem a contradição entre saúde e capitalismo na periferia. Para Gallo³ e Nascimento³, a saúde é uma questão que, por sua própria essência, é capaz de superar os marcos corporativistas, pois interessa a todos, já que não pode haver cidadania sem direito à saúde – o lema “um direito de todos e um dever do estado” da VIIIª CNS (bandeira do movimento sanitário) era capaz de abranger vastíssimos setores da população. Para Teixeira³, a cidadania tem que ser vista não só como uma mistificação da relação de igualdade burguesa – para tanto é necessário compreendê-la em sua gênese e desenvolvimento, para além de sua funcionalidade. Essencialmente porque o direito à saúde, mesmo quando resumido a uma posição abstrata e a serviços públicos, não é uma constante comum na história dos países periféricos do capitalismo. Um dos entrevistados (D1) foi muito enfático ao lembrar o papel que o movimento sanitário teve na década de 80 como expressão também do movimento de redemocratização do país. Esse valor de ligação foi benéfico não só para a sociedade brasileira, porque tinha mais um movimento como expressão de um bloco mais amplo de luta pela redemocratização, mas também para o próprio setor saúde que abria um canal de aproximação com vários setores da sociedade envolvidos nesse movimento mais amplo. Para Teixeira³, os processos de reforma sanitária quase sempre emergem de um contexto de democratização e associados à emergência das classes populares como sujeitos históricos. A mesma autora³ afirma que a Reforma Sanitária Brasileira acontece num processo de construção democrática, propondo um deslocamento efetivo do poder, desde um setor específico, mas não se reduzindo a ele, a favor das forças comprometidas com a transformação.

O regime militar produziu e expôs uma série de contradições na realidade social brasileira, no setor saúde não foi diferente; a dicotomia entre o preventivo e o curativo, a maioria dos serviços estava sob o domínio privado, as campanhas e programas de saúde eram verticais e pon-

tuais de prevenção/ tratamento de algumas doenças, o setor público operava claramente com a lógica do privado, a falta de um sistema de serviços capaz de absorver os agravos de saúde de uma população cada vez mais urbana, concentrada em grandes centros e marginalizada sócio-economicamente dos processos/ centros decisórios do país. Essencialmente da contradição entre a necessidade, que boa parte da sociedade sentia, e da inexistência de respostas a essa demanda é que nasce a pauta fundamental da Reforma Sanitária Brasileira.

As percepções que apontam esse movimento como renovador das concepções de políticas públicas em saúde, de modelo assistencial, de financiamento e mesmo de saúde aparecem diretamente (entrevistado D8), ou indiretamente como criador do SUS (todos os entrevistados) como um saldo positivo. O SUS aparece como uma troca de orientação no setor saúde não apenas num marco temporal, mas num marco de concepções e práticas distintas na história do setor. Teixeira³ sintetiza a visão sobre a saúde que Arouca apresentava ao movimento deste modo: a) é um campo gerado pelos fenômenos saúde/ enfermidade; b) produção de serviços com base tecnológica-material, seus agentes e instituições com o objetivo de satisfazer a necessidade; c) espaço específico de circulação de mercadorias e de produção (empresas, medicamentos, etc), d) espaço de densidade ideológica; e) espaço de hegemonia de classe; f) potência tecnológica específica para solver problemas individuais como coletivos.

A dicotomia entre o preventivo e o curativo presentes no padrão epidemiológico e anterior ao SUS é lembrado nesse contexto (entrevistados D5 e D8). Para Teixeira³, a saúde durante a ditadura militar desenvolvia certas tendências pormenorizadas desta maneira: a) extensão da cobertura previdenciária, de forma abranger a qualidade total da população urbana e parte da rural; b) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual em detrimento das práticas preventivas de interesse coletivo; c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada pela lucratividade (Estado comprando serviços privados); d) viabilização de um complexo médico-industrial pela crescente demanda tecnológica e de consumo de medicamentos.

Também encontramos a percepção de que esse movimento assumia, como unidade, a dimensão maior de ser contra a ditadura militar e contra o complexo médico (entrevistado D5). Essa concepção de ser “contra” se mostra muito frágil dado que a heterogeneidade dos atores, e mesmo as “concessões” feitas na disputa política para a consolidação da Reforma Sanitária na Constituição de 1988 demonstram as diferenças do significado de ser “contra”.

A Reforma Sanitária Brasileira teve seu ponto culminante há aproximadamente vinte anos num momento de fluxo, ou seja, quando o povo descontente com a realidade criou organizações próprias para sair da atomização política e assumir uma conformação subjetiva/ objetiva de sujeito histórico em lutas reivindicatórias. A ligação desse movimento com lutas gerais e outras específicas da sociedade brasileira representa um diálogo único na história do setor saúde com a população brasileira, em especial com as classes trabalhadoras e populares, que naquele momento adquirem uma expressão de sujeitos político no cenário nacional. Apesar desse diálogo ser especial e único na história, não significa que não tenha tido fraquezas e desencontros.

As percepções de que o movimento sanitário ainda se encontra em processo, como um desenvolver dinâmico, é comum a vários entrevistados (entrevistados D1, D2, D4, D5, D7 e D8) ainda que a percepção processual se dê de maneiras distintas, por exemplo, para o entrevistado D4 a evolução histórica é dada como um mero contínuo. O inacabamento está ligado ao fato dessa reforma não ter sido cumprida em sua totalidade (entrevistado D7) o que também é uma constatação das deficiências desse movimento e das dificuldades que enfrentou. A leitura que a evolução do movimento sanitário significou capitulação, ou o avanço possível (entrevistado D5), demonstra a dificuldade de autonomia e de força que esse movimento teve pós-fluxo de massas. O próprio projeto neoliberal que dominou o cenário brasileiro durante a construção do SUS aparece como uma dificuldade gigantesca a se enfrentar (entrevistados D2). A visão de que esse processo de evolução envolve conflitos e embates políticos, assim como o surgimento de novas expressões desse movimento aparece na leitura desses docentes, contudo existe a leitura muito discrepante sobre o que seria essa política de continuação histórica, o PSF ora é apresentado como uma política inspirada no sanitarismo (entrevistados D4 e D5) ora é uma proposta contrária ao sanitarismo (entrevistado D8). É verdade que o futuro do setor saúde está atrelado ao futuro do próprio Brasil (entrevistado D1), não é menos verdade que é possível à parte (aqui o setor saúde) possa ter elementos mais avançados (no sentido de benéficos ao povo) em relação ao conjunto da sociedade.

O modelo neoliberal é a vingança do capitalismo aos avanços das lutas sociais, que criaram revoluções ou reformas no interior do sistema e acabaram abalando a hegemonia do capital. Lembramos que as carências contidas na população como os baixos salários, desemprego, baixa escolaridade, precarização de direitos trabalhistas, falta de acesso à informação e formação acabam por refletir sobre o setor saúde. Deste modo, o golpe do modelo neoliberal sobre o setor saúde nacional foi neste momento de carência, facilitando a política de expropriação de direitos soci-

ais, privatizações, destruição do senso público – enfim, o Estado mínimo que caracteriza o seu ímpeto vingativo.

Esse modelo conseguiu compactar um discurso comum que privilegia seus setores, em especial o capital financeiro, nas camadas mais marginalizadas do sistema. A justificativa teórica para essa eficiência é que parcelas consideráveis das conquistas sociais contidas na Constituição de 1988 nunca deixaram o papel para uma imensa massa de excluídos. Isso justificaria a competência do discurso neoliberal de que os trabalhadores que conseguiram acesso a esses direitos (estabilidade de emprego, previdência social, carteira assinada, férias remuneradas, etc.) eram ou são privilegiados. Soma-se a isso a relativa estabilidade financeira no início do plano Real, a popularização a partir das privatizações de certos bens de consumo que tiveram simbolicamente relação com certo *status quo* da “classe média alta” em relação à “classe média baixa” e setores mais populares (como foi a telefonia fixa e o celular), o sucateamento do setor público para criar a faceta que não funciona, a criação de programas assistencialistas (bolsa escola, bolsa família, etc.); ou seja, foi uma grande manobra para buscar apoio dos setores marginalizados e populares com o objetivo de constituir consensos e abrir caminho para esse modelo.

O SUS não foi privatizado por ser seus usuários um amplo setor social e em especial as populações mais empobrecidas das áreas urbanas. Atacar a telefonia para privatizá-la não é a mesma coisa que atacar o SUS, porque as camadas populares enxergam como sendo seu patrimônio. A partir do refluxo de massas e da clara opção pelo projeto neoliberal para o Brasil, o ataque à saúde pública pode sentir seu sucateamento através dos baixos salários, da falta de profissionais, de medicamentos, de leitos, de aparelhos, de plano de carreira, etc. Esse ataque se concentra aonde o SUS não é compreendido como seu, pelas camadas populares, ou seja, existe toda uma parte do sistema de saúde que é destinada a uma minoria que necessita desses serviços, como por exemplo, os procedimentos clínicos com tecnologias “caras” como transplantes, hemoderivados, medicina nuclear, alguns exames de imagem. São essencialmente esses procedimentos chamados no SUS de “alta complexidade”, que são lucrativos e que o mercado quer para si, mesmo na precária condição de ter o Estado como seu maior cliente. Nesse âmbito de tecnologias “caras” a presença estatal é cada vez menor, em contrapartida, cada vez mais estão nas mãos da iniciativa privada, tendo ou não o Estado como principal cliente.

O direito à saúde tem sido um fator constante de instabilidade do sistema capitalista, em especial na periferia dele. A quase totalidade dos movimentos sociais latino-americanos inclui o

direito à saúde como um elemento de suas reivindicações básicas. O que significa dizer que o ataque ao SUS não se dará onde ele é mais forte (onde a maioria da população lhe faz uso), porque isso rapidamente criaria instabilidade no Brasil. Não é aceitável que depois de mais de uma década e meia o setor privado tenha crescido sua participação no serviço de saúde onde o lucro é certo e garantido. O Estado se retira cada vez mais dessas áreas e se desloca para a demanda chamada de “baixa complexidade”, o PSF (agora Estratégia de Saúde da Família) tem sido o melhor exemplo desse movimento composto sobre o SUS.

Os entrevistados citam como atores do movimento sanitário os estudantes, profissionais, intelectuais, parcela da Igreja Católica (ala progressista), sindicalistas e movimento popular. A leitura sobre o “partido sanitário” como aglutinador de uma visão que envolve setores de espectro político distinto é lembrado (entrevistado D8), dando significados e valores distintos para os atores envolvidos no debate de saúde pública. Desta maneira, esta heterogeneidade de projeto em saúde denota ao mesmo tempo a grandeza e a fraqueza desse movimento (entrevistado D5). Campos²¹ diz, por exemplo, que o REME mantinha uma visão tradicional considerando o profissional médico privilegiado e produtor autônomo de serviços, detentor exclusivo do saber médico.

A VIIIª CNS aparece como um momento de síntese de uma proposta comum entre os vários atores (entrevistado D5). É esse o momento fundamental da construção do bloco pró-reforma, também o mais crítico, pois facilmente se compreende que o relatório final não contempla plenamente todos os atores envolvidos no setor saúde, assim como o recuo na posição sobre a indústria farmacêutica estatal demonstra que a reforma se contém/ foi contida dentro da ordem. Para Teixeira³ e Mendonça³, da plenária da VIIIª CNS se elabora um relatório final com legitimidade e apoio político de um verdadeiro programa para a Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária Brasileira enfrenta dificuldades na atualidade segundo alguns entrevistados (D2, D5 e D8). Aponta-se a institucionalização do movimento, a hipertrofia de tendências decorrente da entrada no Estado, a perda do inimigo comum no caso a ditadura (repete-se aqui a discussão sobre o significado distinto de “inimigo comum” entre os atores) (entrevistado D2), as mudanças conjunturais importantes (entrevistados D8) como limitadores do movimento sanitário. Nessas percepções o enfraquecimento do movimento depois do fluxo de massa da década de 80 e, portanto durante a construção do SUS foi significativo. A institucionalização do movimento sanitário (entrevistado D1 e D2) é uma crítica consagrada, Lucchesi³ diz que essa entrada de personagens do movimento no aparelho de Estado pode reproduzir as práticas decor-

rentes do Estado devido à ideologia desse, como as ilusões de que se possam fazer verdadeiras transformações nas relações entre o Estado e as classes dominantes. A visão de que a entrada no aparelho do Estado era boa saída política, coube aos pretensos intelectuais progressistas e de esquerda do setor saúde. O próprio Lucchesi³ lembra que a estratégia escolhida de entrada no aparelho do Estado pelo movimento sanitário é distinta da indústria farmacêutica, que segue influenciando a política desde fora do aparelho de estatal até suas entranhas. Esse alerta serve para confirmar que nem todos brincavam de fazer política na década de 80.

A relação entre o movimento sanitário e a esquerda é comum a vários docentes (entrevistados D1, D2, D5 e D8). A relação da intelectualidade em saúde com a esquerda demonstra que o poder civilizatório dessa também se abasteceu de valores desse campo político e de suas visões de mundo.

A Reforma Sanitária Italiana, nas percepções de alguns docentes, aparece como uma contribuição inspiradora para a nossa reforma (entrevistados D7 e D8). E essa ligação não pode ser descartada, em especial, no que concerne ao diálogo que a intelectualidade em saúde brasileira teve com o sanitarismo italiano. Berlinguer²², referindo-se à origem da Reforma Sanitária Italiana, diz que o impulso popular dirigiu-se principalmente para a extensão da assistência previdenciária e a sua melhoria, com a compensação financeira por risco e acidentes de trabalho. Berlinguer²² diz mais, esse interesse na fábrica foi tratado com indiferença ou hostilidade pelos poderes públicos, mas que as organizações sindicais e políticas dos trabalhadores desenvolveram e criaram premissas sólidas para a reforma sanitária. Portanto, a luta dos italianos pela reforma nasceu dentro das fábricas após uma série de acidentes de trabalho (Berlinguer²²), sendo que a nossa iniciou através de uma intelectualidade progressista. Teixeira³ e Mendonça³, ao compararem o caso italiano com o brasileiro, onde o primeiro ocorreu sob pressão de fora do aparelho institucional através de canais da sociedade civil (com partidos de massa e centrais sindicais) e que no Brasil as organizações da sociedade civil estiveram ausentes, onde os sujeitos das reformas acabaram construído-a por dentro das instituições governamentais. Nessas condições, dizem os autores, amplia o dilema reformista (transição pactuada), que no nosso caso responde em parte a “institucionalização” do nosso movimento sanitário. Em parte porque se a atomização da sociedade civil brasileira ressalta essa “força atrativa” do Estado como centro decisório, a opção política prioritária e precoce pela entrada nele e não pela aproximação e fortalecimento das organizações civis que eclodiram na década de 80, em especial as das classes trabalhadoras, denota mais uma

opção/sedução pelo “poder” do Estado e por sua tutela (inclusive pela sua ideologia), do que algo inevitável.

A percepção de que docentes em saúde, inclusive de Saúde Pública, não se interessam pela Reforma Sanitária Brasileira apareceu como uma forma de denúncia sobre o tratamento que esse tema tem recebido na universidade (entrevistado D6). O entrevistado D6 demonstra várias vezes um desapontamento em relação aos professores que, a seu ver, não se interessam pela Reforma Sanitária Brasileira, ainda que o mesmo em nenhum momento compreenda esse comportamento como uma ação política vinculada a uma visão de mundo ideológica.

Ainda hoje, passados vinte anos do ponto culminante do movimento sanitário, a sua pauta continua a hegemonizar as leituras dos intelectuais da saúde, que não foram capazes de sair das armadilhas das discussões institucionalizadas do SUS. As propostas de “reforma da reforma” geralmente nada mais são do que expressões de incapacidade de renovar um discurso/ teoria/ prática para além dos serviços do Sistema Único de Saúde, ou seja, não passam de um reformismo (reforma como fim) caindo facilmente na leitura fantasiosa ou ideológica de que é possível criar um sistema perfeito num país subdesenvolvido, recheado de assimetrias sociais e regionais como é o Brasil sem transformações profundas da estrutura sócio-econômica.

Os elementos conjunturais não podem ser jamais desprezados ao se analisar a história e, no nosso caso, um processo de formação e desenvolvimento de um movimento social. Berlinguer²² nos lembra que o processo de formação de uma consciência sanitária se deu exatamente no sentido do “túmulo ao berço”, as classes trabalhadoras se ocuparam mais com o túmulo, nascendo para poder providenciar funerais dignos. Mais tarde afirma, o mesmo autor²², que a consciência sanitária evoluiu para a cura de doenças graves, de idosos, depois baseada na necessidade de assistir os doentes, mais tarde ainda a necessidade de prevenção das doenças. Contudo a escolha por elementos estruturais que obstaculizam e fraturam o pleno desenvolvimento dessa nova consciência sanitária nacional se constitui em uma posição privilegiada de quem pode hoje observar como se deu esses impasses na construção da proposta de Reforma Sanitária Brasileira e o seu posterior desenvolvimento com o SUS. Os elementos citados nas entrevistas como fraturas (questão 2) e como obstáculos estruturais (questão 4) são melhores abordados dentro de uma análise do desenvolvimento do capitalismo como um sistema global (categoria da totalidade concreta) e de sua peculiaridade na periferia, em especial elaboradas no Brasil por Celso Furtado e Florestan Fernandes.

Furtado²³ aborda desta forma o tema:

“O subdesenvolvimento é fruto de um desequilíbrio na assimilação das novas tecnologias produzidas pelo capitalismo industrial, o que favorece as inovações que incidem diretamente sobre o estilo de vida. Essa proclividade à absorção de inovações nos padrões de consumo tem como contrapartida o atraso na absorção de técnicas produtivas mais eficazes. É que os dois métodos de penetração de modernas técnicas se apóiam no mesmo vetor, que é a acumulação. Nas economias desenvolvidas existe um paralelismo entre a acumulação nas forças produtivas e diretamente nos objetos de consumo. O crescimento de uma requer o avanço da outra. É a desarticulação entre esses dois processos que configura o subdesenvolvimento”.(Furtado: 1992; 41, 42).

Na saúde e em especial na medicina, observa-se tão claramente concentrada essa fratura que caracteriza o subdesenvolvimento para esse economista. É bem certo que a clínica moderna e o hospital são indissociáveis como nos lembra Foucault²⁴, porém no último século o que vimos foi um estrondoso avanço das forças produtivas e seus processos técnicos, ou seja, o hospital e a clínica de hoje são essencialmente dependentes das técnicas modernas. O nosso subdesenvolvimento é expresso pelo claro padrão de consumo das mercadorias médicas dos países do centro do sistema capitalista e de outro lado à pobreza de nossas próprias forças produtivas nacionais tanto privadas como, em especial, a estatal. Esse debate sobre a criação de bases tecnológicas próprias não estava presente na Reforma Sanitária Brasileira, exceto de forma periférica no debate sobre a indústria farmacêutica que foi descartada por ser considerada como contraditória à dimensão pública que caracterizava o relatório final. O recuo na questão de uma indústria estatal possibilitou o não enfrentamento direto e claro com a indústria farmacêutica, e teve um significado nefasto para esse debate sobre a criação de processos técnicos nacionais, em especial, o papel que o Estado deveria assumir em relação às bases de um processo tecnológico nacional e técnico-industrial.

Além dessa crítica, lembramos os outros “efeitos colaterais” da indústria farmacêutica que Berlinguer²² aponta como um “fenômeno maléfico”, onde o que interessa cada vez mais é o remédio, o último produto, que sempre possui propriedades milagrosas e espectro mais amplo que leva à especulação e lucro da indústria, endividamento das instituições previdenciárias e dos próprios orçamentos familiares. Para Illich²⁵, famoso crítico da medicalização, os níveis de saúde

não melhoram mesmo quando aumentam as despesas médicas e conclui que a sociedade se torna rapidamente cada vez menos sadia, por causa de boa parte da medicina atual. O mesmo autor²⁵ acrescenta que a medicalização da vida é apenas um aspecto da dominação destrutiva que o desenvolvimento industrial exerce sobre a sociedade, a supermedicalização criada pela superprodução é exemplo disso. Illich²⁵ diz que se acrescentarmos aos custos de produção os efeitos secundários não desejados da maior parte das instituições, então veremos estas não como ferramentas de progresso, mas sim de obstáculos.

Um outro aspecto notório do subdesenvolvimento é a expressão sócio cultural desse padrão de consumo que cria o que Furtado²³ designa de “mimetismo cultural”, que nada mais é do que uma releitura da mentalidade colonial (tudo o que vem da metrópole é bom). O mimetismo cultural é tão forte no setor saúde, em especial na medicina, que criou uma fratura entre o que é real (realidade dos processos saúde/doença brasileiro) e o que se pensa real (realidade dos processos saúde/doença nos países do centro do capitalismo)- muito bem captada pelo entrevistado D1.

Os processos técnicos destinados à intervenção clínica sobre a doença (no sentido biológico exacerbado) são historicamente a vitória até aqui dessa concepção de saúde e progresso hegemônica. Desta forma, o mimetismo não só impede uma tecnologia própria, uma leitura correta dos processos de saúde/doença nacional, mas também nos liga a uma dimensão fundamental da economia capitalista que é o mercado. As tecnologias não só são produzidas para uma realidade dos países do centro do capitalismo como também aos interesses do mercado, pois a técnica e os seus produtos tecnológicos são antes de tudo uma mercadoria e como tal sujeita às leis de mercado. Não se produz processo técnico onde no futuro não se visualiza retorno financeiro (leia-se lucro). As doenças comuns em populações empobrecidas, ou mesmo processos técnicos eficientes para essas doenças, são considerados não lucrativos e postos de lado. Para Furtado²³, as tendências de enfraquecimento do Estado na periferia do sistema faz com que as decisões não passem mais pelos interesses nacionais, ficando presos às dinâmicas perversas das entranhas das grandes corporações multinacionais.

Furtado²³ afirma que o nosso processo de modernização nada mais foi que a difusão de novas técnicas importadas, desta maneira um novo estilo de vida introduzido na sociedade em benefício de certos segmentos da população. Essa modernização conservadora do poder econômico e político estabelece nas periferias um centro e uma periferia de padrão de consumo (inclusive das mercadorias médicas). Essa forma de desenvolvimento que (re)criou nesse país uma pro-

funda heterogeneidade social em que alguns podem tudo e que têm acesso aos bens de mercado do centro, e outros que só estão praticamente incluídos na lógica do desejo de poder e de ter.

Fernandes²⁶, nosso grande referencial, afirma:

“O capitalismo foi incapaz de introduzir na América Latina o ciclo de suas revoluções típicas. Para garantir o seu desenvolvimento, o capital teve que recorrer, com frequência, a ditaduras cruéis. Oscilou sempre entre o conservadorismo, a revolução política (pela cúpula) e reformas de superfície, de alcance social restrito, culminado na consagração da contra-revolução preventiva como último recurso de autodefesa”.(Fernandes: 2007; 335).

Para Coutinho²⁷, deve-se analisar a evolução do Brasil, desde a independência, abolição, república, modificação do poder em 30 e 37, passagem para um novo patamar de acumulação em 64, com o conceito elaborado por Lênin de “via prussiana”. Este conceito caracteriza a conciliação “pelo alto” e a intenção explícita de manter marginalizadas ou reprimidas as classes e camadas sociais “de baixo. O mesmo autor²⁸ define essa “via prussiana” como a conciliação entre as frações das classes dominantes, de medidas aplicadas de cima para baixo, com a conservação de traços essenciais das relações de produção atrasadas (o latifúndio) e com a reprodução (ampliada da dependência ao capitalismo internacional). Para Coutinho²⁷, essa modalidade de “via prussiana” encontrou seu ponto culminante no regime militar, pois esse criou condições políticas dependentes (e conciliada com latifúndio) de capitalismo monopolista de Estado, radicalizando a velha tendência de excluir dos frutos e das decisões a grande massa da população brasileira. Portanto, da elite econômica brasileira não se deve esperar nada além do seu egoísmo, mesmo quando o povo aparece massivamente no cenário da década de 80, exigindo uma cidadania que só existia para os “de cima”. O direito à saúde, ainda que resumido a serviços de atenção aos agravos da saúde, é uma conquista que está no rol desta cidadania reivindicada.

A fratura em relação à estrutura geral do país que é considerada arcaica (entrevistado D1), assim como a luta ideológica/utópica travada na sociedade brasileira (entrevistados D1 e D8) são percepções históricas de conflitos inseridas dentro de uma dimensão de diagnóstico. Teixeira³ afirma que a saúde não pode ser concebida apenas como resultante, pois também é espaço de reprodução ampliada das relações econômicas e políticas.

As percepções indicam o projeto neoliberal como expressão de Estado mínimo e de conteúdo contrário ao SUS (entrevistados D2, D5 e D8). Uma forma de globalização e uma força externa à dimensão nacional que são contrárias ao SUS (entrevistado D2), esse diagnóstico nesses três entrevistados (D2, D5 e D8) se ligou a suas visões de mundo. O conflito que se desenrola tem moldado o próprio SUS desde seu surgimento, o que significa dizer que as percepções de que a história foi benevolente (relação de forças) para com o movimento sanitário na década de 80 não o tem sido nessas duas décadas consecutivas (entrevistados D1, D2, D5 e D8). O próprio refluxo dos movimentos sociais no final da década de 80 é compreendido como fratura (entrevistado D5). Nenhum momento de fluxo é eternizado, logo essa perspectiva de fratura está conectada a uma leitura que o próprio docente aponta ser equivocada (acreditavam que o movimento social levaria tudo de arrasto).

No que tange a concepção do processo saúde/doença existe uma leitura correta de que a expressão privilegiadora da dimensão social não conseguiu espaço como deveria no SUS (entrevistado D7). Laurell²⁹ define o processo saúde/doença como sendo determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. A natureza social da doença, diz Laurell²⁹, se encontrar ocultado na sociedade capitalista onde o conceito centrado no biológico individual é exacerbado, porém o fato de que haja aqui um componente ideológico não quer dizer falso, e sim parcial. Com essa leitura de que o processo saúde /doença se dá numa dimensão social e biológica, Laurell²⁹ afirma ser equivocada a suposição de que o desenvolvimento – como progresso dado pela leitura hegemônica – melhoraria por si e, automaticamente, as condições de saúde coletiva da população.

Uma nova concepção de saúde que se propõe ser de fato contra hegemônica deve envolver fundamentalmente uma leitura profunda sobre a noção de progresso na história. Têm sido comuns os erros dentro das propostas alternativas ao sistema capitalista global, pois não tem levado em conta a leitura de progresso distinto do hegemônico. Um novo sistema sócio-econômico não será construído tomando como ponto de partida a disputa linear de progresso com o capitalismo, ou seja, uma nova sociedade não será fruto de um desenvolvimento linear do sistema capitalista (crítica a norma histórica). Konder³⁰ lembra que Walter Benjamin escreve sobre um pretenso materialismo histórico impregnado de excessiva confiança nas vantagens do desenvolvimento tecnológico. Essa tranquilidade, afirma Konder³⁰, comum a social democracia e ao stali-

nismo, atuou como entorpecente sobre a consciência no movimento socialista, desta maneira a humanidade era vista como caminhando num ritmo possível, retilíneo e uniforme assegurado pelo progresso. É por isso que Konder³⁰ visualiza em Walter Benjamin a convicção de que o materialismo histórico precisava fazer explodir o *continuum* da história. Para Benjamin³¹, a revolução não é “progresso”, melhorando as ordens estabelecidas, aperfeiçoando os mecanismos econômicos e sociais existentes, é sim uma interrupção “messiânica” do curso da história, de seu *continuum*. Eis porque na interpretação bejaminiana de Lowy³² mais do que a locomotiva da história, a revolução socialista é o freio emergencial que põe fim ao avanço impetuoso do trem para o abismo.

A leitura do progresso está intimamente ligada à concepção do processo saúde /doença, desta forma tanto no horizonte da revolução quanto da reforma (como meio) precisa-se, dado a devida proporção entre os dois processos, também de uma nova concepção de progresso. Aqui se encontra uma crítica forte tanto aos docentes quanto à própria Reforma Sanitária Brasileira. Crítica essa assentada sobre o fato de existir a compreensão de que bastaria “socializar” os benefícios do processo técnico dentro do sistema capitalista para se ter um sistema de saúde contra-hegemônico, não construíram mecanismos capazes de romper (pelo menos parcialmente já que é uma reforma) com a leitura linear de progresso dada. Existem outras formas de conceber o processo técnico e sua leitura de progresso que não essa da medicalização da sociedade, aí está a deficiência de uma reforma que não possibilitou que esses “experimentos” acontecessem. Um modelo tecnológico carrega consigo uma concepção geral do processo saúde/doença, no nosso caso do hegemônico, o entendimento de saúde é a ausência de doença (como biológico exacerbado), assim basta um tipo de progresso que aumente as drogas, métodos sofisticados de diagnóstico, terapêutico, para termos menos doenças e, portanto, mais saúde. A Reforma Sanitária Brasileira entendeu que saúde é produto de uma série material de conquistas, contudo assumiu ao mesmo tempo o modelo tecnológico proposto pela força hegemônica, ou seja, a transformação do real nunca é meramente discursiva. A Reforma Sanitária Brasileira não rompeu com a leitura de progresso, nem com a subordinação tecnológica, e principalmente, com a concepção do processo saúde/doença. É verdade que a reforma se instalou um avanço na concepção de saúde, como é lembrado por alguns docentes, mas é verdade também que sua fragilidade de transformar essa pretensa nova concepção em um modelo foi frustrada, como o entrevistado D7 bem lembra.

As leituras que apontam como fraturas a própria inexistência dos princípios do SUS na realidade (entrevistados D3, D5 e D6) nos revela a dificuldade de construção vinculada tanto à estrutura nacional como à disputa conjuntural. O setor privado em saúde, como um empecilho para a construção do SUS, é visto nas percepções de alguns entrevistados (D1, D2, D4 e D5). A percepção que identifica o setor privado como contrário à criação do SUS é expresso, assim como a sua dimensão contrária ampliada como defensora da formação ultra-especializada no campo da saúde (entrevistado D2). Esse ataque revela elementos de defesa da dimensão pública que foi confirmada em outras falas do entrevistado D2, porém não transcende a dimensão da ordem. A fratura sobre a legislação do SUS, que está relacionada à disputa política, é apresentada como uma derrota das forças que lutam para a consolidação do SUS (entrevistado D5). Os recursos humanos são apontados como fratura grave interna ao SUS (entrevistados D2 e D5). É interessante que essa crítica não está atada a fraqueza do movimento dentro do próprio setor saúde, afinal de contas recursos humanos do setor saúde são também os profissionais da saúde, ou seja, quem faz os serviços do SUS em última instância. A fratura sobre administração pública e sua relação com a corrupção (entrevistados D3, D5 e D7) liga-se a um Estado fundado numa perspectiva privada. Para usar uma expressão de Marx e Engels³³ trata-se do “comitê executivo da burguesia”, ou seja, a idéia de público e a democratização do controle da política nunca estiveram na agenda das elites brasileiras – essa dimensão é lembrada sobre a designação de uma “questão cultural”. Aqui me parece indispensável dizer que o significado de uma dimensão do subdesenvolvimento não foi caracterizado (não aparece também na questão 4), aliás, essa palavra nem sequer aparece nas entrevistas.

É interessante a percepção de que havia uma confusão na leitura política na década de 80 expressa como construção do socialismo e da democracia, citado pelo entrevistado D5. Os anos de clandestinidade que os setores da esquerda vivenciaram durante a ditadura militar, colaboraram para produzir e ampliar as leituras distorcidas da realidade nacional, elaborada principalmente pelo PCB. Era comum no restante da esquerda a visão de que na década de 80 vivíamos um momento de fluxo com o horizonte ainda de reformas (cabia saber o conteúdo de rompimento/ continuidade que essas teriam). É estranho que na saúde essa temática sobre o futuro da democracia brasileira se desse sobre os eixos socialista ou capitalista. Um futuro trabalho sobre a relação dessa discussão no seio do movimento sanitário, assim como as relações do movimento sanitário com o PCB nos parecem essenciais para compreender até que ponto esse “erro” (aspas, pois não sei se é inconsciente para todos) ajudou a construção de valores generosos ao SUS e prejudicou sua luta concreta

(disputa real). Teixeira³ lançava como hipótese em 1989, para ilustrar essa questão, que o caráter político da Reforma Sanitária seria dado pela natureza da transição democrática e cogitavam que essa poderia ser transição revolucionária, pactuada ou por colapso.

A construção do SUS diminuiu consideravelmente o leque de debates importantes e concentrou-se nas questões mais imediatas, o que responde em parte à dificuldade dos entrevistados na questão 3. Os temas não contemporâneos à Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, como as questões derivadas da Bioética (entrevistado D1), a promoção de saúde (D2) e a questão da cidade saudável/qualidade de vida (D4) são apresentados como temas significativos para saúde pública na atualidade e/ou no período desses vinte anos.

A saúde mental, como sendo não contemplada (entrevistado D2), demonstra um certo hiato entre Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica Brasileira que não conseguiram criar uma saída conjunta.

A falta de centralidade na mudança de paradigma, na formação de profissionais/universidade (entrevistado D5), coloca a dimensão de que o movimento não visualizou o enfrentamento com a formação acadêmica como fundamental para o futuro do SUS. Em relação ao paradigma e à formação profissional, Berlinguer²² afirma que o papel do médico não é neutro e sim de conservação social. Então mudar o plano de formação científica e principalmente a política através de orientações culturais, didáticas, programas de faculdade, é defendida como uma maneira de ligar esse à luta pela emancipação. Campos³⁴ afirma que a luta pelos recursos humanos deve ser um dos principais aspectos do processo de transformação sanitária. Essas perspectivas devem levar em conta que própria universidade é um espaço de luta ideológica/utópica, mas é também um espaço de (re)produção da ordem e das visões de mundo ideológicas. Enquanto os atores sociais “de cima” e suas concepções (inclusive de saúde/doença e progresso) forem hegemônicas/amplamente majoritárias dentro das universidades essas iniciativas de “mudança” dentro desse ambiente serão puramente decorativas como é o PROMED – democratizar a educação/ciência/conhecimento será também uma obra dos “de baixo”.

A percepção que aponta como insatisfatório o debate sobre a dimensão social nos agravos à saúde (entrevistado D7) vai em direção à leitura de que a unidade dos atores do movimento sanitário não estava concentrada nisso. O debate tecnológico é apontado ainda como insatisfatório na época (entrevistado D1). A temática sobre a saúde da mulher é lembrada como uma luta de expansão da visão da saúde das mulheres que, no modelo anterior à criação do SUS, estava con-

centrado no período reprodutivo e numa dimensão que circunda a maternidade (entrevistado D8). A crítica tecida ao machismo dentro do sanitarismo nos parece uma provocação interessante, ao mesmo tempo, denuncia uma parcela da visão de mundo do entrevistado – sua preocupação com a luta pela emancipação das mulheres.

As práticas alternativas em saúde aparecem na percepção (entrevistado D2) sobre a leitura de serviços à população (pauta da Reforma Sanitária Brasileira). Não se trata de uma tentativa de construção de uma outra visão de progresso, nem uma crítica à afirmação dessa visão de progresso que exclui as outras práticas ou as colocam na posição submissa de “complementares” (assim como outras formas de assimilação à ordem). Não se pensa, portanto num desenvolvimento de conhecimento e tecnologias que se utilize, no caso do patrimônio (ou parcela deste) das chamadas “práticas alternativas”, para construir um outro modelo tecnológico/visão de progresso em saúde.

A leitura de que havia uma deficiência no que tange aos debates sobre o significado dos princípios, assim como sobre as relações público/privadas (entrevistado D5), apontam novamente para a deficiência de leitura política e para a debilidade interna do movimento para criar consensos. A percepção de que a gestão pública passa a ser um debate ético essencial é reforçada (entrevistado D6). Se observarmos a preocupação central de toda a entrevista de D6 veremos que essa gira sobre uma noção de gestão pública- não existe uma leitura, além dessa visão meramente técnica. Para Campos³⁴, os conhecimentos acumulados sobre planejamento e a gestão pública em saúde são demasiadamente pobres, não conseguindo dar conta da baixa produtividade, impotências em promover bem estar e de resolver tecnicamente os problemas de saúde.

A ditadura é responsabilizada pela formação política da geração de 80, assim como o fato de o sistema estar se organizando é dado como justificativa para a falta desses debates importantes nesta década de 80 (entrevistado D5). Ainda que não se possa mensurar corretamente o quão maléfica foi a ditadura militar para as forças de esquerda (portadoras de uma visão de mundo utópica), nos parece essencial dizer que sua tentativa de banir/ exterminar fisicamente com as visões de mundo, ameaçadora à sua, tenha repercutido até os dias de hoje. Para Sader³⁵, a ditadura se sustentou com o monopólio da força, pois se a dominação burguesa é uma articulação complexa e variável do exercício da força com a hegemonia (ideológica) que as classes dominantes exercem – a ditadura se baseou fundamentalmente no primeiro fator. Para Coutinho²⁸, a ditadura nunca se propôs (ou nunca teve condições) para construir uma base de massas com consenso permanente, ativo e organizado, apostou no amorfismo de nossa sociedade civil, a despolitização,

a conservação pela inércia de caráter excludente da vida política brasileira. O mesmo autor²⁸ afirma que, ao mesmo tempo em que serviu aos interesses da monopolização do capital (consolidação do capitalismo monopolista de Estado), fez uma modernização ainda que conservadora, o que significou desenvolver as bases objetivas sobre as quais se sustenta uma sociedade civil efetivamente autônoma. Esta é a contradição fundamental desse regime totalitário.

O enfrentamento da questão ciência/ tecnologia com alguns elementos novos como uma indústria estatal que responda pelos problemas de saúde pública nacional que a indústria farmacêutica não se interessa aparece na fala do entrevistado D1. A colocação desse entrevistado não o leva além de uma preocupação com aqueles que o mercado não inclui, ou seja, a direção que o SUS deveria tomar é a da “proteção social” desses setores – nada que comprometa a lógica de mercado. O que nos interessa é (numa dimensão de reforma como meio), se é possível, construir um outro modelo tecnológico que leve em consideração nossa situação periférica, nossa imensa criatividade, nossos conhecimentos populares, nossas biodiversidade, enfim um modelo que permita lidar com o processo saúde/doença de forma que nossa dependência (material e de valores) não seja tão gigantesca como a gente vive. Não se trata de uma negação completa da tecnologia existente, pois existe um progresso que não se joga fora, como a maneira que esse processo tecnológico hegemônico lida com várias doenças (no sentido biológico exacerbado) – ainda que esse tenha que ser radicalmente socializado não só o “produto final” – como o SUS faz na dimensão pública – com a tecnologia/conhecimento que o gera (mudar radicalmente caráter social).

A Reforma Sanitária Brasileira conseguiu ser um pólo de discussões que aproximou o setor saúde da população. Seus slogans como “Saúde é democracia”, “Saúde é terra” e, em especial, “Saúde é direito de todos e dever do Estado” demonstram a tentativa de ligação do setor saúde com a conjuntura, com o fluxo de massas e de movimentos reivindicatórios da época. Se por um lado essa relação pulverizou o debate sobre a saúde tirando-o de um gueto, o que foi benéfico por outro lado, escondeu uma profunda fraqueza das forças de mudança interna ao setor saúde. A proposta da Reforma Sanitária Brasileira envolveu uma gama de consensos (como unidade máxima consciente de um grupo) e mesmo de não consensos. As propostas que compõem o conteúdo dessa reforma, bem expressas pelo relatório da VIIIª CNS, não estão totalmente no âmbito de lutas específicas dos atores envolvidos, portanto a disposição de luta entre os vários atores é distinta. É necessário ter em conta que os atores do movimento sanitário construíram uma unidade em torno de uma proposta, contudo esses possuem perspectivas distintas incluso sobre

“propostas comuns”. No que tange à perspectiva, tomamos como exemplo o setor público, que representava a possibilidade de um mercado de trabalho mais amplo para os profissionais, significava para outros um embate programático/concepção de saúde, por exemplo, mais profundo com o setor privado. Para ilustrar essa diferença usamos o exemplo nos dado por Campos²¹, que aponta o REME como um movimento que imaginava um crescimento do emprego no setor público, particularmente na rede básica e tentava lutar pela criação destas carreiras, com níveis salariais melhores e progressão por tempo de serviço, assim como progressão por méritos e qualificações técnicas acumuladas. Não existia no REME uma preocupação de luta programática de fundo, ou seja, o ser “contra” desse ator era muito raso.

Os atores que se apresentavam “contrários” ao setor privado em saúde o faziam também de forma e perspectivas bem distintas. Compor as forças pró-reforma representa uma dimensão de conquista, perspectiva e representação de anseios de cada ator envolvido, é verdade também que a omissão de apoio ou de luta contrária dos não pertencentes a esse bloco pró-reforma (e interessados diretos no setor saúde) na eminência dessa proposta se tornar expressão comum ao Estado também coloca o ator “próximo” do bloco. Da VIIIª CNS até a Constituição o principal item de embate contra a indústria farmacêutica – que era a construção de uma indústria estatal para suprir o futuro sistema universal de saúde – foi retirado da proposta comum desse bloco, o que fez imediatamente a “omissão” de embate mais duro e violento contra o conteúdo da reforma feito pela indústria farmacêutica. A indústria farmacêutica, apresentada comumente como “inimiga” da Reforma Sanitária Brasileira, soube visualizar bem que, sem uma indústria farmacêutica estatal para suprir esse imenso sistema universal que nasceria, o seu mercado e o lucro iriam se ampliar brutalmente no país como de fato aconteceu. É claro que essa decisão de aproximação por “não embate” da indústria farmacêutica se deve a uma relação de forças concreta, ainda que não afirmamos que a exclusão dessa proposta era inevitável como faz o entrevistado D1.

O capitalismo (sistema sócio-econômico) aparece como limitador das possibilidades de estruturação de um sistema de saúde com as características do SUS (entrevistados D5 e D8). Aponta-se a organização da comunidade internacional (o que inclui a derrota do bloco socialista) como um obstáculo para a construção de uma alternativa (entrevistado D5). Essa compreensão que culpabiliza o sistema sócio-econômico denuncia um certo incômodo do *status quo* em relação as características civilizatórias do SUS. Berlinguer²² acredita não ser impossível que a estrutura econômica capitalista possa assegurar serviços de saúde e o progresso da previdência, ainda

que essa se faça com a luta dos trabalhadores, porém o ponto central não é a luta para assistência (ainda que o autor reconheça sua importância) e sim pela saúde. Para Dâmaso³, a Reforma Sanitária Brasileira luta pela obtenção efetiva de saúde para toda a população, cuja existência material (determinada pelo sistema capitalista) atua de modo inverso, ou seja, no rumo da degeneração e da doença.

A fase neoliberal, representada pela diminuição da capacidade do Estado intervir na política nacional, também aparece como entrave (entrevistados D5 e D8). Campos³⁴ aponta como contradição central do processo nacional de reforma sanitária o fato de que as políticas na América Latina (inclusive o Brasil) apontavam para processos econômicos recessivos e políticas sociais cada vez mais restritas. A disputa pelo caráter do Estado brasileiro aparece como elemento condicionante das possibilidades do SUS (entrevistado D1), assim como o resultado dela (entrevistado D4) é lembrado como problema nacional considerável para engessar a possibilidade de avanço. Se observarmos esses entendimentos atentamente veremos que a base delas correspondem a conflitos entre atores que carregam concepções distintas sobre o papel do Estado. A afirmação de que o modelo neoliberal do capitalismo é um obstáculo maior ao SUS, pois esse sistema de saúde se sustentaria razoavelmente num modelo do bem estar social, aliás, o entrevistado caracteriza o Estado brasileiro como de “natureza social democrata” (entrevistado D8). O estado social democrata se ligou a uma invenção ideológica, a de que o capitalismo pode suportar uma forma mais benéfica a todos, ou seja, de que esse sistema seria estável o suficiente para comportar todos no bem-estar. O surgimento desse modelo está vinculado à disputa contra o movimento socialista e suas revoluções no século passado, ele aparece exemplarmente nos países centrais do capitalismo, numa época histórica específica, que a acumulação capitalista se deu com um ciclo ascendente pós-crise de 1929, 2ª guerra mundial/ reconstrução da Europa, as industrializações tardias da periferia do capitalismo (dependentes do capital do centro), o que possibilitou amenizar as tensões nos países centrais. Teixeira³ diferencia a criação do SUS da política do bem estar social da seguinte forma: a) ampliação da consciência sanitária; b) construção de um paradigma oriundo da medicina social ou saúde coletiva a partir da determinação social do processo saúde/ doença; c) uma nova ética profissional; d) um arco de alianças políticas pelo direito à saúde; e) instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de serviços. Além de a autora³ ressaltar que a política se deu num contexto de ciclo ascendente da economia somado à visão política

social democrata e à economia keynesiana, já a Reforma Sanitária Brasileira acontece num contexto desfavorável à proteção social.

O Estado brasileiro, como vimos, só se ampliou, deixou de ser mero comitê executivo “dos de cima” quando através das lutas, especialmente na década de 80, “os de baixo” assumem a tarefa de construir uma dimensão de cidadania (burguesa nos limites), caracterizando o caráter subdesenvolvido do nosso capitalismo. Para Chauí³⁶, a sociedade brasileira conheceu a cidadania através de uma figura inédita o “senhor – cidadão” que conserva como privilégio de classe fazendo concessão regulada e periódica as demais classes e podendo retirar assim que os dominantes decidiam (períodos de ditadura). Chauí³⁶ afirma que a sociedade brasileira é autoritária, pois não conseguiu, até o limiar do século XXI, concretizar sequer os princípios liberais e republicanos. A mesma autora³⁶ enumera a falta desses princípios como indistinção entre o público e o privado, intolerância ao princípio formal e abstrato da igualdade perante a lei, combate às idéias da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, repressão às organizações sociais e populares, discriminação sexual, racial e de classe. Para Chauí³⁶, esses traços de autoritarismo foram reforçados com o golpe de Estado de 1964. Também é lembrado o uso do aparelho estatal para benefício próprio como um obstáculo estrutural e cultural desse país (entrevistado D2). As elites que exercem um poder de dominação sobre o povo brasileiro são caracterizadas como obstáculos (entrevistado D7). Essas duas compreensões se aproximam da interpretação de que na evolução desse país às conquistas de uma cidadania “burguesa” tiveram como atores os “de baixo” e não uma burguesia revolucionária. O próprio Sader³⁵, já em 1981, dizia que a reafirmação de uma tendência profunda da nossa história à conformação de um sistema político elitista, autoritário, paternalista distante do povo e de seus problemas estava sendo posta à prova pelo movimento operário e popular que aparecia naquela década de 80. Para Sader³⁵, essa tendência na política brasileira conseguia êxito, porque manteve as massas atomizadas ou apenas coesionadas pela alienação do apoio passivo aos que faziam política sobre ela. As disputas dentro de uma administração estatal como empecilho é lembrado (entrevistado D6) – novamente a noção da gestão/ administração aparece na percepção desse entrevistado.

O mercado em saúde e o setor privado como obstáculos à dimensão pública, em especial, à implementação do SUS, é claramente exposta (entrevistado D2), assim como a relação do dinheiro estatal repassado para o privado é lembrado como uma relação perversa (entrevistados D2 e D8). Nota-se o ressurgimento de um debate sobre a dimensão pública, se a construção dessa

esfera nos países centrais do capitalismo levou décadas de lutas e reformas, aqui toda a concentração de uma modernização conservadora levou o Brasil a um terreno recheado de contradições temporalmente também concentradas nesse último um terço de século. Gallo³ e Nascimento³, ao fazerem um balanço do movimento sanitário em 1989, apontavam o fato de não garantir o setor privado como complementar e a utilização do setor público com fins lucrativos como elementos nocivos para o futuro sistema de saúde. O movimento sanitarista na década de 80 debateu sobre o futuro sistema de saúde, se seria totalmente estatal ou se envolveria o setor privado (dentro de uma dimensão pública) – ainda que esse debate demonstre uma preocupação em relação à esfera privada principalmente por sua capacidade de intervenção, ele não incorpora a concepção de saúde/ tecnologia própria, ou seja, o estatal estaria restrito aos serviços e suas estruturas. A correlação de forças naquele momento histórico impôs à iniciativa privada dentro do SUS (impôs várias outras coisas como veremos). Essa relação de dinheiro estatal com o privado se, por um lado possibilitou em um curto espaço de tempo a presença em vários municípios de uma estrutura pública em saúde, por outro impossibilita que o Estado assuma um papel mais significativo, além de não serem raros os desvios de verbas, medicamentos, falsas e desnecessárias internações e procedimentos, enfim todo o tipo de relação legalmente criminosa com o bem público.

Os profissionais da saúde não identificados com o SUS e o corporativismo médico são lembrados como entraves à construção desse sistema de saúde (entrevistado D6). A perspectiva defendida pelo entrevistado se situou claramente numa dimensão ética, não se trata de uma crítica à concepção/ paradigma de saúde do setor privado. Campos³⁴ aponta o fato que os médicos tem maior influência nos serviços e nas definições de diretrizes assistenciais e que o poder dos demais profissionais é reduzido especialmente na área privada. Para Campos³⁴, os médicos estão entre os segmentos do bloco neoliberal, mais ativo do ponto de vista de elaboração cultural e ideológica, funcionando como um intelectual coletivo legitimador do modelo. O pequeno financiamento do setor saúde é lembrado como entrave à construção de um SUS mais próximo do desejo expresso na VIIIª CNS (entrevistado D4).

O entendimento de que o avanço do setor saúde passa por romper com as assimetrias sociais aparece como elemento fundamental para o futuro da saúde pública brasileira (entrevistado D7). A essa perspectiva unida fundamentalmente à leitura que o mesmo entrevistado fez sobre a concepção de saúde aponta para uma visão de mundo utópica (mudança da estrutura social). Berlinguer²² usando uma expressão cara de Villermé que “a diferença social diante da morte” sempre

existiu, mas com assistência sanitária e conquistas médicas alguns aspectos das grandes pandemias foram controladas, o que não é sinônimo de fim da exploração (a qualidade dessa vida vivida) e das diferenças sociais – mesmo na morte a diferença ainda persiste. Para Teixeira³ e Mendonça³, o rompimento com o modelo hegemônico implica em uma nova consciência sanitária, uma nova ética profissional, um novo paradigma científico fundado na teoria social da doença, e por fim na transformação das práticas sanitárias. Ambas autoras³ afirmam que os processos de reformas sanitárias não foram capazes de efetuar as mudanças, pois requerem uma nova hegemonia, que apesar de as lutas no setor saúde serem fundamentais, elas não se esgotam no setor.

A declaração sobre a VIIIª CNS como sendo uma grande conquista do setor saúde é dada pelo entrevistado D7. Há vinte anos que o Brasil conheceu sua mais significativa Conferência Nacional de Saúde, a primeira num quadro de efervescência política tão caudaloso com novo sindicalismo nascido das lutas dos operários do ABC paulista, com surgimento do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, com nascimento da Central Única dos Trabalhadores, com a expressão de organizações como o Partido dos Trabalhadores e de tendências de esquerda duramente reprimidas nos anos de obscurantismo criados pela ditadura militar. Da Silva³⁷ nos lembra que em março de 1986 foi realizada em Brasília a VIIIª CNS onde se deu o mais amplo e democrático debate sobre saúde já ocorrido no país. Sendo considerado pelo mesmo autor³⁷ o ponto culminante do movimento sanitário e que das propostas resultantes do trabalho de 135 grupos integrados por profissionais e representantes de organizações da sociedade civil, de sindicatos e de grupos das bases populares resultou na incorporação na Constituição de 1988 da mais completa declaração de direito à saúde já ocorrida em qualquer país.

Quanto às apresentações em sala de aula existe uma congruência bem clara entre o significado nos dados e a representação que o entrevistado (D1) diz fazer em sala de aula, sendo o principal aspecto a extrapolação dos limites do setor saúde que esse movimento teve. Da mesma forma acontece com o entrevistado D3, sendo o principal aspecto que esse movimento possui uma continuidade anterior, durante e posterior ao regime militar além de informações sobre a legislação do SUS (entrevistado D3). A apresentação histórica como uma maneira de situar os alunos (entrevistados D2 e D4) serve para ligar com a formação do médico da família e o PSF (entrevistado D4) e para relacionar com a área mais específica do setor saúde (entrevistado D7). Apresentação histórica, exceto para D1, é aqui representada como significando apenas as informações sobre como se deu a evolução histórica até os dias de hoje.

O entrevistado D1 apontou como atores políticos do movimento sanitário a universidade, os departamentos de medicina preventiva e congêneres, movimento popular e estudantes. O entrevistado D3 apontou professores, alunos, profissionais da saúde e entidades. Vemos nessa categoria uma super valorização do papel da academia no movimento sanitário. O significado disso não nos é revelado, porém como uma hipótese cogitamos ser uma tentativa de valorização como docentes.

É feita a ligação com a formação acadêmica e desafios que os estudantes enfrentarão ao trabalharem no SUS (entrevistado D2). Essa perceptiva é conectada a uma defesa que o entrevistado faz da dimensão pública. A ligação com o SUS é feita apresentando o movimento como protagonista da história desse sistema de saúde (entrevistado D3) e a afirmação que para compreender o SUS é necessário entender a Reforma Sanitária Brasileira (entrevista D4). Essa categoria sela o papel indissociável entre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS.

A defesa da ética da profissão, considerando o setor privado como um *locus* desprivilegiado em relação ao público é trazido pelo entrevistado D2. Traz ainda a exclusão que o setor privado produz e a apresentação, em contrapartida do SUS como espaço ético privilegiado para os futuros profissionais da área da saúde (entrevistado D2). Interessante observar que o ataque ao setor privado se dê numa perspectiva ética somente e não numa perspectiva de concepção/ projeto distinto (o que comporta uma nova ética) – trata-se de um ataque acanhado já que o mesmo não fez uso da própria visão que apresentou em outros pontos da entrevista. Existe ainda a caracterização do setor privado como “inimigo” e a tentativa de “seduzir” os alunos a favor do SUS (entrevistado D5). Aqui não há um ataque na forma “ética”, trata-se de concepção/ projeto distinto, ainda que haja um claro “exagero” já que o SUS comporta o privado numa dimensão pública, além de disseminar uma concepção do processo saúde/ doença através dos processos técnicos empregados que o aproxima do privado, pois o torna dependente, disseminador e, em certa medida, corroborador da lógica hegemônica.

O entrevistado D5 apresenta em sala de aula o movimento sanitário como herdeiro de aspirações por mudanças sociais advindas dos movimentos de medicina social da Europa do século XIX (entrevistado D5) – essa compreensão defendida pelo entrevistado se mostrou bem singular. Para Garcia³⁸, 1848 é o ano do nascimento do conceito de medicina social com os nomes de Salomon Neuman e Rudolf Virchow na Alemanha, Jules Guérin na França, William Farr na Inglaterra, Francisco Puccinotti na Itália. Breilh³⁹ diz que o esboço desse movimento se caracteriza por dois princípios, primeiro a saúde do povo concerne à sociedade como um todo e segundo as

condições econômicas e sociais tem um notório efeito sobre a saúde/doença e sustenta que essa relação deve se submeter à investigação científica. Para Rosen³⁰, mesmo com a derrota da revolução de 1848 na Alemanha, os líderes médicos da época (Virchow e Neumann), permaneciam ativos na política, e seu amplo programa de reforma de saúde transformou-se em um programa mais limitado de reforma sanitária que era viável, mas que as idéias desses médicos e outros reformadores vieram a frutificar em uma nova disciplina. Parece que, nesse sentido de herança como aspirações, certas idéias e preocupações compartilhadas possuem ligação entre a nossa reforma sanitária com o movimento de medicina social do século retrasado.

A apresentação com objetivo de criar criticidade em torno das questões de saúde pública (entrevistado D8), nos faz concluir que a universidade deveria corresponder a esse papel criador de criticidade e, isso seria desejoso somente para as visões de mundo utópicas. É expresso como desrespeito pela não consideração como médicos aos membros do movimento sanitarista a maneira como os professores de Medicina da UFSC tratam esses atores políticos (entrevistado D6). Aqui, mais uma vez o entrevistado D6 lança mão de uma denúncia que, conjuntamente com a outra, nos dá alguns elementos do tipo ideal (usando um termo de Max Weber⁴⁰) que esse tem sobre a docência na formação em saúde, como espaço de respeito aos sanitaristas e a Reforma Sanitária Brasileira. Não existe também nessa percepção uma conotação de que esse comportamento seja decorrente de visões de mundo ideológicas.

É feita uma crítica aos acadêmicos de hoje que preferem uma visão superficial a uma formação profunda e séria (entrevistado D8). O que não é dito pelo entrevistado, é que os setores e classes sociais sentados nas salas de aula não são os que se interessariam por criticidade e visões de mundo utópicas – pois são os que se beneficiam com a ordem (em especial na medicina).

A discussão sobre a intelectualidade que atravessa a docência e a universidade está dada na afirmação de que as pessoas com ensino superior gostariam de ser intelectuais, mas normalmente não passam de técnicos. Demo⁵ define técnico como o indivíduo que possui um saber especializado sobre um determinado assunto, contudo não têm noção satisfatória da função social e política deste saber. Acrescentamos também a essa definição não ter satisfatoriamente noção de sua função social e política enquanto técnico. O mesmo autor⁵ aproxima esses especialistas de um segmento da classe média propensamente alienado (no sentido de falta de preocupação com o momento político da sociedade) que é a pequena burguesia. Sobre noção satisfatória da sua função política e social, Goldmann¹⁰ lembra que raramente o indivíduo tem uma consciência verda-

deiramente completa da significação e orientação de suas aspirações, sentimentos, comportamentos, nem por isso deixam de ter “uma consciência relativa”. Para aqueles que Goldmann¹⁰ acredita chegarem a uma consciência quase integral será tão mais considerável quanto mais se aproximarem da coerência esquemática de uma visão de mundo, ou seja, a máxima consciência possível de um grupo social. A tese que nos parece mais razoável é que a intelectualidade (enquanto grupo) tem que ser vista como pequeno burguesa, ou seja, vive na dubiedade reformista e conservadora. Marx e Engels³³ afirmam que, mesmo lutando contra a burguesia para se salvar da ruína, as camadas médias são conservadoras, ainda mais, são reacionárias (no sentido de querer voltar no tempo) e se tornam revolucionárias somente quando abandonam sua visão de classe e assumem a do proletariado. Para Chauí³⁶, os intelectuais terão três posições na maioria provindo das classes médias urbanas, oscilam entre a posição de ilustrados (definindo para si próprios o “direito ao uso público da razão”) e de vanguarda revolucionária, mas sempre fascinados com o poder (identificação com o Estado) e pela tutela do Estado (burocracia).

Mannheim^{5,9,12,41} acrescenta um intelectual que consegue pairar sobre as classes (descompromissado), do qual é justo dizer que não compactua totalmente. A este se aplica a noção de “estrato desamarrado, relativamente sem classe”. A esse intelectual Mannheim⁴¹ afirma que ao admitirmos que o poder não é constituído unicamente pelos canhões, pelos aviões, pelo dinheiro e pelas unidades funcionais, senão também pela orientação e integração dos sentimentos da comunidade, veremos que a *intelligentsia* ocupa uma posição tão notória quanto chefes dos exércitos ou dos grandes homens de negócios. Lowy¹² afirma que esta “livre flutuação” é como uma pluma sob a influência da gravidade, acaba por pousar em algum lugar - as classes sociais possuem a força de atração ou repulsão, ou seja, a flutuação é sempre transitória (conscientemente ou inconscientemente).

Uma das temáticas de fundo desse trabalho consiste em compreender melhor o papel que o intelectual “especializado” cumpre dentro da sociedade. Obviamente que a Universidade, e em especial a pública, é *locus* privilegiado desse sujeito da produção intelectual – ainda que na realidade ser mais o *locus* do técnico. Quando aproximamos o papel do intelectual com o do ideólogo (como defensor vulgar da ordem) é necessário estar atento à diferença das argumentações que o primeiro tece, nem toda a defesa da ordem e do *status quo* se faz através de um elogio desprovido de argumentação, esta pode se dar através de uma crítica à ordem. Por outro lado, o intelectual de uma visão de mundo utópica não é caracterizado somente por ter crítica à ordem. O que faz ele

ser contra-hegemônico é a sua capacidade de compreender o movimento real, estabelecer uma crítica profunda que inclui a identificação das contradições fundamentais envolvidas, os sujeitos históricos, as correlações de força, para então traçar as possibilidades de transformação da realidade e difundir sua “produção intelectual” aos atores sociais contra-hegemônicos. Dessa definição que traço aqui brotam duas necessárias observações: 1º O intelectual não é contra-hegemônico por uma opção verbal, mas sim por uma competência; 2º O intelectual contra-hegemônico assume o papel de orgânico às classes trabalhadoras / profundamente exploradas e excluídas.

Ainda que seja possível, como valor positivo, a definição não orgânica de um intelectual, quando a sua produção por sua originalidade e força seja usada para fortalecer a visão de mundo utópica, esse tipo de intelectual que cumpre uma função indispensável é raro e escasso na história (é o que Goldmann¹⁰ chama de “consciência integral”). A organicidade se torna desta maneira um valor positivo, porém não absoluto, da mesma maneira como também não definidora de grau de superioridade do intelectual, representa sim um papel positivo e possível deste.

As perceptivas do intelectual orgânico (Antônio Gramsci^{5,7,42}) ou do intelectual completo (Mao Tsé- Tung⁵) compreende o fenômeno de que parcela da intelectualidade pode ser capaz de “romper” suas ligações de classe (pequeno burguesa ou burguesa) para assumir uma visão de mundo das classes oprimidas e exploradas. Para Lukács⁴³, muitos intelectuais são bons revolucionários e se encontram até entre os melhores combatentes de vanguarda da revolução, mas os intelectuais só podem se tornar revolucionários como indivíduos; eles precisam deixar a classe deles para participar da luta de classes do proletariado – só então é que eles podem se tornar verdadeiros combatentes de vanguarda. Existem vários motivos que escapam à sociologia para explicar o fenômeno “deixar a classe” de origem como a própria força atrativa que as possibilidades dialéticas do vir-a-ser desempenham sobre o potencial criativo do intelectual, a luta pela verdade, as experiências do indivíduo, sua formação humanística. Para Lowy⁴⁴, o ponto de vista do proletariado não é uma forma garantida de conhecimento da verdade social, é somente o que oferece a maior possibilidade objetiva de acesso à verdade – isso porque a verdade é uma arma indispensável para a emancipação, enquanto a burguesia necessita da mentira e da ilusão para manter-se no poder. Existem aquelas explicações que a sociologia é capaz de captar como no momento de crise revolucionária e sobre a persuasão moral do movimento dos “de baixo” a pequena burguesia pode rachar e que um desses fragmentos (contendo intelectuais) pode se aproximar das forças revo-

lucionárias. Esse último fenômeno nos é significativo, pois cremos que ele também ocorre, ainda que numa dimensão e densidade menores, nos momentos de fluxo reivindicatório com um horizonte político de reforma, como a que vivemos na década de 80 e com o qual cremos poder entender, em parte, a presença de tantos intelectuais no movimento sanitário se reivindicando orgânicos das classes trabalhadoras e populares. Da mesma forma que seu contrário, nos momentos de refluxo da história, esses intelectuais enquanto grupo pende para o lado da defesa ideológica, o que cremos explicar em parte a capitulação e recuo dos intelectuais em saúde já no início da década de 90.

O entendimento sobre um papel positivo que a intelectualidade teve na Reforma Sanitária Brasileira é comum a todos os entrevistados. A ligação da intelectualidade a uma visão de mundo à esquerda no espectro político e como ator fundamental do movimento sanitário é expresso (entrevistado D2). Aponta-se a intelectualidade como vanguarda do movimento sanitário (entrevistados D5 e D8) e também a liga com a universidade (entrevistados D3 e D8). A Reforma Sanitária Brasileira é vista como produto dos intelectuais em saúde (entrevista D6). O intelectual aqui só é lembrado pelos entrevistados de forma positiva, não existe uma compreensão que o culpabiliza (pelo menos parcialmente) pelas deficiências de leitura e projeto desse movimento, o que poderia ser feito já que os entrevistados apontam vários debates importantes que poderiam fazer parte da agenda da época e não fizeram. Esse papel positivo não significa um entendimento comum, pois por tal papel o leque se estende desde o estudo acadêmico (visão técnica) até a noção de vanguarda no sentido leninista da palavra. Para Gallo³ e Nascimento³, a Reforma Sanitária Brasileira partiu de intelectuais do setor com a finalidade de atender principalmente às necessidades das classes subalternas. Escorel³ também afirma que inicialmente esse movimento foi constituído por intelectuais com atuação no campo da saúde, sendo que uma das principais características do movimento sanitário é ser um movimento suprapartidário. Para a autora³ mesmo ampliado com um conjunto de outros movimentos populares, ainda é nitidamente um movimento de intelectuais de classe média, dirigido e composto na sua maior parte por esses intelectuais. Para Teixeira³ e Mendonça³, a base social do movimento sanitário está concentrada, desde de suas origens, nos intelectuais e na burocracia, progressiva, mas esporadicamente ampliada com as inclusões sindicais e dos movimentos populares. Mesmo havendo divergências em relação a quais atores sociais e políticos tiveram peso decisivo na construção desse movimento, parece não haver dúvidas quanto à importância dos intelectuais nesse movimento. Nesse estudo se deu ênfase ao

papel desses intelectuais, em especial os provindos da atividade de docência nas universidades, na formação de consensos comuns na Reforma Sanitária Brasileira.

A medicina preventiva, como formação de um novo discurso, provém de um campo formado por três vertentes segundo da Silva³⁷: 1) a higiene com emergência no século XIX, intimamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940, configurando-se uma crise diante da ameaça de intervenção estatal e reação das organizações corporativas médicas contrárias a qualquer forma de “medicina estatal” ou “medicina socializada”; 3) a redefinição de responsabilidades médicas no período após a Segunda Guerra Mundial, principalmente no início dos anos 50, ante a crescente demanda e conscientização de que o acesso ao cuidado médico é um direito social de todo o cidadão. A medicina preventivista surgiu claramente montada por uma *intelligentsia* hegemônica para manter o *status quo* do poder médico, contudo possibilitou uma série de pontos de confrontos de visões de mundos ideológicas/ utópicas quando emigrou para os países periféricos. Arouca³⁷ nos lembra que o movimento preventivista, em síntese, possibilitou os seguintes enfrentamentos:

“1º nível – Da ineficiência dessa prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao esclarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º nível – Da especialização crescente da medicina, fazendo que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Esse fato levou ao desenvolvimento de uma prática basicamente instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º nível – Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Em 1946, quando a Comissão Técnica Preparatória reuniu-se em Paris para estudar a constituição da Organização Mundial da Saúde, os dezesseis membros presentes concordaram que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Esse conceito encontra-se na linha direta daqueles desenvolvidos durante o século XIX por Chadwick na Inglaterra, Villermé e Guerrin na França, e Virchow e Gretchahn na Alemanha, em que reconheciam a relação dos problemas sociais com a saúde, acrescida agora de uma nova dimen-

menção, a do psicológico desenvolvido por Freud. Essa conceituação abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento, que se afirmava tridimensional e, portanto exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º nível – das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante.

5º nível – Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades. Esse problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto eram estranhos ao seu próprio meio social”. (Arouca: 2003 , 37, 38)

Para Arouca³⁷, esse novo discurso funcionou como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, provocando novas frentes de conflito. Tambellini³⁷, afirma que na academia o movimento preventivista desembocou em um processo de criação e reconstrução conceitual, científica e técnica que impôs a invenção de uma “saúde coletiva”.

Durante a ditadura militar, as possibilidades de interações com as disciplinas das ciências sociais dentro da escola médica tiveram significado real de construção de uma crítica tanto a debilidades do preventivismo como mais tarde do modelo assistencial em saúde do país por parte desses intelectuais. Segundo Tambellini³⁷, esse foi o fermento que permitiu aos professores de medicina preventiva provindos, em especial do Estado de São Paulo, constituir um coletivo crítico a essa disciplina, expondo suas deficiências, a incompletude e deformação de seus conceitos, da construção dos objetos e à adoção de métodos, dado que omitiam seus conteúdos e formas de ser e impediam a discriminação das “causas” estruturais e das relevâncias das condições sociais em sua dinâmica. Segundo a mesma autora³⁷, a colaboração fundamental de Juan César Garcia, na época funcionário da Organização Pan-Americana da Saúde, ao fornecer materiais de leitura, cujo acesso se encontrava proibido pela ditadura, ajudou o desenvolvimento dessa crítica. Para Tambellini³⁷, o advento moderno de uma medicina social abriu as possibilidades de ultrapassar os limites disciplinares e oficiais de preventiva e muitos departamentos passaram a incorporar o termo social em sua dominação. Segundo Tambellini³⁷ é dessa época (início da década de 1970)

o encontro dos paulistas (vindos da UNICAMP) com os cariocas que viriam a fundar o Instituto de Medicina Social da UERJ, marco notório dos novos tempos no ensino e pesquisa da medicina brasileira.

O desenvolvimento de uma teoria social em saúde se deu com a formação de uma base de conhecimento provindo das ciências sociais, em especial dos setores críticos da sociedade capitalista. Escorel³⁷ nos lembra que na academia foi construído um ideário, o conhecimento, as propostas políticas e os intelectuais orgânicos da proposta. A mesma autora lembra que esse espaço também serviu como resistência nos momentos em que a repressão política se agudizava, sendo às vezes o único espaço de trabalho possível, já que não encontrava em órgãos públicos (únicos empregadores possíveis) qualquer possibilidade de emprego. Escorel³⁷ data até 1975 o esforço realizado para incorporar as ciências sociais à análise das questões de saúde e que esta incorporação foi feita criticamente rejeitando a idéia de equilíbrio universal da dominante corrente do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta. Para Escorel³⁷, até 1975 este processo desenvolveu-se e resultou na construção de uma teoria social da saúde que é considerado “as bases universitárias” do movimento sanitário.

Deve-se ter em conta que a atividade intelectual não é criadora de demandas históricas, é a história em seu desenvolvimento concreto (tese) que por insatisfazer grupos sociais acaba por criar as demandas reivindicatórias (antíteses) – isso não significa que o papel do intelectual não seja considerável. Cabe a eles ajudar a dar organicidade ao teor dessa antítese, bem como chamar a atenção para elementos fundamentais da disputa política no hoje e as projeções para o futuro. É exatamente nesse papel que se situa uma crítica possível ao papel desempenhado pela intelectualidade na Reforma Sanitária Brasileira vinte anos atrás e hoje.

O não reconhecimento do papel positivo (para ele de vanguarda) que a intelectualidade em saúde deveria cumprir, assim como a referência ao distanciamento dessa intelectualidade da base popular, sua ligação com a esquerda e sua abdicação do marxismo como elementos negativos, são posições trazidas pelo entrevistado D5. Se observarmos sua entrevista não é difícil visualizar que com esse discurso sela sua visão de mundo utópica.

A perda de um caráter mais coletivo e a proposta neoliberal como (re)criadora de uma visão mercantilista e individualista é trazida pelo entrevistado D7. A intelectualidade ligada à esquerda, o recuo ligado à queda do bloco socialista e o reconhecimento do PCB como grande par-

tido da Reforma Sanitária Brasileira aparece numa percepção (entrevistado D1). Apontam a institucionalização do movimento e de seus intelectuais como parte desse recuo os entrevistados D1 e D2. A hipertrofia das tendências políticas no movimento sanitário e a perda do inimigo externo são lembradas como fatores desse recuo dos intelectuais (entrevistado D2). Aponta-se as mudanças conjunturais, e o cenário em que a renovação de quadros nasce, faz com que essa tenha perdido a dimensão positiva da intelectualidade de esquerda. Sugere-se uma agenda mínima para enfrentar uma massa “multiplamente posicionada” que nasce nas instâncias locais de saúde (entrevistado D8). Há crítica contundente em relação à pretensa “intelectualidade comprometida” que defendem políticas que nada mais são do que as diretrizes dadas pelo Banco Mundial (entrevistado D8). O setor privado fica com o lucro e o público reduzido a uma atenção básica e ainda alerta para as formas de ataque ao setor público distintas (entrevistado D8). O que vemos nessas respostas é uma tentativa de justificar esse movimento de “recuo” da intelectualidade em saúde, mas em nenhum momento uma visão de conjunto fez a leitura que a intelectualidade, enquanto grupo, pertence a uma pequena burguesia exceto D1, que aponta com descrença, o fato de que esses intelectuais tendem a “pender”.

Quanto à institucionalização do movimento, até mesmo na década de 80 (inclusive no seu início) já era tecida, os debates sobre o papel da burocracia giravam em torno da leitura de que essa era um ator social ou uma arena, demonstrando bem a fragilidade da independência do movimento em sua totalidade. As próprias correntes internas do movimento explicitam uma tendência comum à boa parte delas de se ligar ao Estado de uma forma bem precoce. Para Escorel³, já no final da década de 80 esse movimento privilegia uma luta dentro do aparelho de estado (“técnico-política institucional”), que afastou o movimento da atuação sobre as condições de saúde assim como das classes trabalhadoras. Eis aí as dificuldades de colocar-se como intelectual orgânico do proletariado. Para Teixeira³, a Reforma Sanitária teria que ter a capacidade de imprimir mudanças efetivas nas estruturas institucionais de forma a evitar a absorção pelo Estado de apenas aspectos racionalizantes dessa proposta minando a sua base política.

A defesa da tese que existe uma ligação maior entre a intelectualidade hoje com a base do SUS devido, por exemplo, à interação com a comunidade por parte dos acadêmicos foi dada pelo entrevistado D3. Existem no mínimo duas considerações “estranhas” aqui, a primeira que a intelectualidade seria esses estudantes universitários e a segunda que a pretensa “interação” fosse capaz de ligar esses estudantes à base do SUS. A percepção de que a mudança para um pragma-

tismo restrito ao SUS como um fato positivo por parte dos intelectuais (entrevistado D4) também não é menos “estranha”. Nada é mais mortal para a intelectualidade que a perda de uma visão macro da história, seguindo um compromisso meramente pragmático similar a um técnico. Acha que o papel fundamental da intelectualidade continua nos dias de hoje (entrevistado D6), ou seja, uma intelectualidade imune as mudanças políticas também nos é “estranha”. Esses três entrevistados (D3, D4, e D6) possuem uma clara preocupação técnica, não existe uma formulação política profunda contida nas suas percepções (suas visões de mundo são reprodutoras da ordem). Existe uma certa descrença no papel do intelectual em uma das percepções (entrevistado D1). O termo “pende” usado pelo entrevistado D1 é muito bem empregado para compreender a intelectualidade (enquanto grupo) como pequena burguesa. O papel que cabe aos intelectuais em saúde é melhorar o SUS e não ficar em “divagações” (entrevistado D4). Essa defesa aliada à colocação na subcategoria última, desenha um elemento do discurso das competências do entrevistado D4, o intelectual como apenas um técnico. O papel de gerar conhecimento novo para o bem estar geral (entrevistado D7) está vinculado ao sentido do intelectual de Mannheim.

Sérgio Arouca é lembrado como um grande exemplo de intelectual da saúde (entrevistados D1, D5, D6, D7 e D8), mas o próprio Sérgio Arouca é lembrado também como um exemplo de capitulação dos intelectuais (entrevistado D5). Esse movimento pendular tem aqui um exemplo individual claro em Sérgio Arouca, que contribuiu significativamente com o sanitarismo (motivo de tantos o lembrarem). Seu “Dilema Preventivista” foi uma obra de fôlego político notório para o início do sanitarismo e sua organicidade com o movimento sanitário não menos notória, mas Arouca (membro do PCB) sentiu o peso da queda do bloco do leste europeu e defendeu uma nova esquerda que nada mais é que a irmã caçula da velha direita. Contudo, isso não desfaz sua contribuição junto ao movimento sanitário e ao pensamento de esquerda em saúde, pois o que está escrito na história não se muda. O grande homem, proposto por Plekhanov⁴⁵, não serve a toda vida política de Sérgio Arouca, contudo ele se aproximou dessa fórmula no que tange ao movimento sanitário, principalmente das origens da formulação teórica até seu ponto culminante:

“O grande homem não é grande porque suas particularidades individuais imprimam uma fisionomia individual aos grandes acontecimentos históricos, mas porque é dotado de particularidades que o tornam o indivíduo mais capaz de servir às grandes necessidades sociais de sua época, surgidas sob a influência de causas gerais e particulares. (...) Resolve problemas científicos

colocados pelo curso anterior do desenvolvimento intelectual da sociedade, indica as novas necessidades sociais criadas pelo desenvolvimento (...) Nisto reside sua importância e toda sua força. Mas esta importância é colossal e esta força é prodigiosa.” (Plekhanov: 2000; 157, 158)

Na última subseção, onde é dada a oportunidade de o entrevistado expressar algo a mais sobre o tema da Reforma Sanitária Brasileira, houve algumas percepções significativas. A leitura pós-moderna do fim da história encontra aqui ressonância, desta maneira o passado é caracterizado de forma pejorativa como “messiânico” (entrevistado D1). Aparece uma crítica destinada àqueles que não revêem as posições (já “não existe mais projeto coletivo”) e a questão ecológica apresentada como mais contemporânea que o discurso da esquerda tradicional (entrevistado D1). Foi exatamente aqui que o entrevistado D1 acabou desenvolvendo sua leitura mais claramente, até então seu discurso usava claramente um “arsenal” de uma visão dialética, contudo demonstra aqui que a sua visão de mundo não se aproxima mais daquela que ele diz ter defendido na década de 80, e defende claramente uma visão de mundo ideológica pós-moderna. A academia é apresentada como um empecilho à atividade política (entrevistado D2), o que causa espanto é a visão “ingênua” que nós é aqui apresentada, como se a academia pudesse ser um espaço destinado à formação de debates políticos contrários à ordem. É lembrado o risco que o SUS corre (entrevistados D2 e D5) e é proposto a volta aos princípios, por uma visão estratégica da história, assim como a mudança estrutural da sociedade brasileira (entrevistado D8). A proposta desse entrevistado designa a necessidade de restabelecer o que de mais civilizatório o SUS tem, seus princípios aliados a uma necessidade de mudança desse país (visão de mundo utópica).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Duas observações preliminares:

1ª A Reforma é uma mudança que se opera dentro dos limites da ordem do sistema sócio-econômico vigente. Esta somente interessa aos que lutam por uma transformação profunda da totalidade concreta (revolução), na medida em que permite: a) conquistas objetivas e subjetivas para os atores sociais “de baixo” (futuros sujeitos de uma revolução); b) aumentar a consciência de classe e a organicidade combativa dos instrumentos de luta (principais conquistas objetivas) c) demonstrar aos “de baixo” que a luta é a forma privilegiada de libertar-se das condições atuais (principal conquista subjetiva); d) iniciar experiências para o futuro de um novo sistema. Em sua famosa polêmica contra os reformistas, Luxemburgo⁴⁶ afirma que lutar dia a dia, no interior do próprio sistema existente, pelas reformas, pela melhoria da situação dos trabalhadores, pelas instituições democráticas é o único jeito de iniciar a luta da classe proletária e de se orientar para o seu objetivo final, quer dizer: trabalhar para conquistar o poder político e abolir o sistema salarial. Para Luxemburgo⁴⁶, entre a reforma social e a revolução, o revolucionário vê um elo indissociável: a luta pela reforma social é meio, a revolução social o fim. Marx⁴⁷ esclarece que os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem arbitrariamente nas condições escolhidas por eles e sim nas condições diretamente determinadas ou herdadas do passado.

2ª Isabel Loureiro⁴⁸ afirma que o único dogma que Rosa Luxemburgo se valeu foi a crença na primeira opção de sua própria síntese das alternativas que a humanidade teria à frente – “Socialismo ou Barbárie”. Ao fazer essa síntese, Rosa Luxemburgo construiu um novo conceito de civilização, que sempre foi alternativa positiva apresenta contra a barbárie, onde o poder civilizatório é aquele que carrega consigo o rumo de uma sociedade sem classes e assimetrias (uma utopia socialista). As revoluções e as reformas ao longo de toda a história, entre si e uma em relação à outra, possuem graus muito distintos e variáveis desse poder civilizatório.

Dito isso gostaria de responder àqueles que o entrevistado D6 cita em sua percepção descrita na subseção 5.5.7:

(...) do corpo docente da medicina, e a medicina aqui dividi clínica e cirúrgica, eles é que são os médicos. Esses sanitaristas da saúde pública esse pessoal meio, desculpe a expressão meio... não vou dizer porque você está gravando... meio louco, assim sabe? Eu sinto um desrespeito muito grande nesse sentido com a Reforma Sanitária (...). D6

(...) como se eles fizessem parte é outra coisa dentro da medicina são os especialistas e aqueles outros lá que se dizem sanitaristas, que não são médicos, que não tem consultório, que não fazem consulta. Eu ouço isso, são aqueles que não tem consulta, que não fazem clínica, que não são médicos, que são coisas que eu ouço (...). D6

Os sanitaristas da Reforma Sanitária Brasileira fizeram uma outra forma de consulta que não aquela destinada à investigação em âmbito individual, que se dá entre quatro paredes de um consultório e que se aprende em livros de exame clínico. A consulta feita pela Reforma Sanitária Brasileira se constitui numa consulta ao povo, contudo sua amplitude não se resume no sentido do individual (clínica) ao coletivo (saúde coletiva). Sua amplitude está também na capacidade de captar as necessidades e demandas de um povo historicamente excluído das decisões sobre o seu próprio destino e de grande parte das suas produções. Ela também se amplia por não se tratar de uma consulta de caráter meramente investigativo de sinais e sintomas, mas por ser o primeiro diálogo genuíno (não um monólogo) que o setor saúde fez com o povo brasileiro. A Reforma Sanitária Brasileira conseguiu, pela primeira vez na história do setor saúde nacional, fazer com que o processo técnico (essencialmente a clínica) se subjugasse à vontade popular na forma pública (para todos). Esse saldo civilizatório não é, portanto, uma expressão de benevolência daqueles técnicos que fazem consultas clínicas em relação à vontade popular. Sobre as precárias condições herdadas do passado (concepção de saúde, de progresso, de modelo tecnológico, de modelo assistencial, de recursos humanos, etc.) de um lado, e das precárias forças contra-hegemônicas em saúde de outro – é que a nossa reforma foi edificada (essa realidade não foi uma escolha arbitrária dos sanitaristas). O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira está inserido no cenário de contestação da eterna “via prussiana” que atomiza o povo e, portanto, sua luta possui traços claros desse sujeito político (o povo organizado) que deu demonstrações de que não quer mais ser posto à margem das decisões sobre seu próprio futuro. A Reforma Sanitária Brasileira por isso foi e é uma luta contra a barbárie que representa o setor saúde brasileiro sob domínio da lógica privada, que nada mais é do que sinônimo de exclusão, sofrimento e morte. Esse trabalho se constitui numa crítica à percepção desses docentes entrevistados, como também ao substrato dessas percepções, ou seja, a própria Reforma Sanitária Brasileira. Isso não significa que o autor dessa pesquisa sinta menos a dimensão positiva desse movimento, mas sim porque para esse a crítica sempre será um elemento essencial para a superação dialética. Essa crítica que parte de uma visão de mundo (do autor) considera que a história é feita não só pelas idéias, mas sim, em última ins-

tância, pelo resultado da luta concreta e terrena daqueles que as defendem. Nesse sentido, a crítica feita nesse trabalho não se presta para culpabilizar o SUS (criação concreta da luta travada pela Reforma Sanitária Brasileira), apenas tentou mostrar pontos consideráveis, para uma visão de mundo utópica pretensamente revolucionária, que considera ser deficiente no movimento sanitário e nos debates contemporâneos de saúde. Portanto, a mais bela forma de saudarmos esse movimento e seu poder civilizatório é se propondo a ajudá-lo a radicalizar aquilo que ele teve de melhor – seu diálogo com o povo – e a superar suas contradições e debilidades em favor das classes trabalhadoras e camadas populares. Essa tarefa, que cremos ter contribuído nesse trabalho, não se faz sem a crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furtado C. O capitalismo global. 3ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 1998.
2. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Epidemiologia & Saúde, 4a ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p.455 - 466, 1994.
3. Texeira SF, Coutinho CN, Gallo E, Escorel S, Lucchesi G, Nascimento PC, et al. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.
4. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986.
5. Demo P. Intelectuais e vivaldinos- da crítica acrítica. São Paulo: Almed; 1982.
6. Lowy M. Por uma sociologia dos intelectuais revolucionários. São Paulo: Ciências Humanas LTDA.; 1979.
7. Gramsci A. Concepção dialética da história. 8ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1989.
8. Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.
9. Mannheim K. Ideologia e utopia. Rio de Janeiro: Zahar; 1968.
10. Goldmann L. Dialética e cultura. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
11. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 1993.

12. Lowy M. Ideologia e ciência social: elementos para uma análise marxista. 10ª edição. São Paulo: Cortez; 1995.
13. Konder L. O que é dialética. 11ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.
14. Prado Junior C. Dialética do conhecimento- Tomo I. 3ª edição. São Paulo: Brasiliense; 1960.
15. Demo P. Ciências sociais e qualidade. São Paulo: Almed; 1985.
16. Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1980.
17. Kosik K. Dialética do concreto. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec; 2004.
20. Konder L. Marxismo e alienação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1965.
21. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1988.
22. Berlinguer G. Medicina e política. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 1983.
23. Furtado C. Brasil: a construção interrompida. 3ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 1992.
24. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

25. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: editora Nova Fronteira S. A.; 1975.
26. Fernandes F. Da guerrilha ao socialismo: a revolução Cubana. 1ª edição. São Paulo: Expressão Popular; 2007.
27. Coutinho CN. A democracia como valor universal e outros ensaios. 2ª edição. Rio de Janeiro: Salamandra; 1984.
28. Coutinho CN. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 2ª edição. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
29. Nunes ED, Rosen G, Laurell AC, Garfield J, Stern BJ, Garcia JC, et al. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.
30. Konder L. Walter Benjamin: o marxismo da melancolia. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1989.
31. Benjamin W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1994.
32. Lowy M, Bensaid D. Marxismo, modernidade e utopia. 1ª edição. São Paulo: Xamã; 2000.
33. Marx K, Engels F. O manifesto comunista: 150 anos depois. São Paulo: Contraponto: São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 1998.
34. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
35. Sader E. Um rumo de botas: a militarização do Estado na América Latina. São Paulo: editora Polis; 1982.

36. Chauí M. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. 2ª edição. São Paulo: editora Brasiliense; 1987.
37. Arouca S. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
38. Nunes ED. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
39. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: editora Unesp: Hucitec; 1991.
40. Weber M. Ensaios de Sociologia. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar; 1971.
41. Mannheim K. Liberdade, poder e planificação democrática. São Paulo: editora Mestre Jou.
42. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. 4ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1982.
43. Konder L. Lukács. Porto Alegre: LePM editores; 1980.
44. Lowy M. As aventuras de Karl Marx contra o barão de Munchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Busca Vida; 1987.
45. Plekhanov GV. O papel do indivíduo na história. 1ª edição. São Paulo: Expressão Popular; 2000.
46. Luxemburgo R. Reforma social ou revolução?. São Paulo: Global editora; 1986.
47. Marx K. O 18 de brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: editorial Estampa.

48. Loureiro IM. Rosa Luxemburgo: os dilemas da ação revolucionária. 2ª edição. São Paulo: editora Unesp: editora Fundação Perseu Abramo; 2004.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

ANEXOS

Anexo I

Pesquisa como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina: “PERCEPÇÃO DE DOECENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA”.

Acadêmico: Yasser Jamil Fayad.

Questionário semi-estruturado.

- 1- O que significa para você o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, hoje, vinte anos após seu principal marco: a VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 2- O que você apontaria como fratura(s) entre o(s) desejo(s) expresso(s) na VIIIª Conferência Nacional de Saúde e o SUS de hoje?
- 3- O que você considera um debate importante para a saúde pública brasileira que não estava contemplado, pelo menos de forma satisfatória, no movimento da Reforma Sanitária Brasileira/ VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 4- O movimento da Reforma Sanitária Brasileira debateu questões para além do setor saúde, algumas de forte caráter conjuntural da época, mas também de caráter estrutural. Qual (ais) é (são) a (s) dificuldade (s) de caráter estrutural do Brasil e do setor saúde que obstaculizam a realização de um setor saúde conforme expresso na VIIIª Conferência Nacional de Saúde?
- 5- Quando você fala ou discute algo sobre a Reforma Sanitária Brasileira em sala de aula, como é que você normalmente a apresenta?
- 6- Como você compreende o papel da intelectualidade em saúde no movimento da Reforma Sanitária Brasileira vinte anos atrás e hoje?
- 7- Gostaria de falar algo a mais sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira?

Anexo II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada: “PERCEPÇÕES DE DOCENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA”. Tem como objetivo perceber as avaliações e compreensões que os docentes do Departamento de Saúde Pública da UFSC tem em relação à Reforma Sanitária Brasileira. Para captar essas percepções será usada uma entrevista semi-estruturada para que no final da pesquisa possamos identificar significados, avaliações positivas e negativas, avanços e limitações do maior movimento contemporâneo em saúde do Brasil - a Reforma Sanitária. Um estudo dessa natureza possibilitará o aprofundamento das reflexões sobre esse movimento e seus rumos.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de um gravador de áudio manual, após seu término procederemos às análises dos dados, com o intuito de produzir uma síntese dos mesmos, não havendo nenhum risco ou desconforto para os entrevistados. Somente os pesquisadores terão acesso ao material de áudio coletado. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, no entanto, serão utilizados nomes fictícios para identificação dos entrevistados, podendo os mesmos retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo moral, ético, financeiro, etc., bastando comunicar aos pesquisadores através de quaisquer canais de comunicação dados abaixo.

Os pesquisadores envolvidos e responsáveis:

Yasser Jamil Fayad. Fone: 48- 3233XXXX. E-mail: yasser@grad.ufsc.br

Walter Ferreira de Oliveira: 48- 9608XXXX. E-mail: walter@ccs.ufsc.br

Consentimento pós-informação:

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “PERCEPÇÕES DE DOCENTES DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA” e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da pesquisa.

- 1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca do estudo.
- 2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga nenhum prejuízo.
- 3- A garantia de que não terei gastos financeiros com o estudo.

_____ (assinatura do docente)

Florianópolis, ____ de _____ de 2007.